



**DESCRIÇÃO DO ACIDENTE**

**PARECER DA TESTEMUNHA**

Nome

Função

Nome

Função

**CONCLUSÃO DO PROFISSIONAL DE SEGURANÇA DO TRABALHO QUE FEZ A INVESTIGAÇÃO DO ACIDENTE**

**AÇÃO IMEDIATA PARA EVITAR QUE OCORRA OUTRO ACIDENTE**

Data

/ /

Ass. Funcionário

**Endereço do local do acidente**

Rua: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Setor: \_\_\_\_\_

Observações:

**RESPONSÁVEL:**