



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PARANAÍ
ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE TRABALHO

Regime:		Nome:	
Data de admissão:		Função:	

INFORMAÇÃO SOBRE O ACIDENTADO

Nome :

Data de Nascimento:

Função:

Estado Civil:

Telefone:

Numero de acidente anterior:

Toma Remédio controlado () Não () Sim. Qual?

INFORMAÇÃO DO ACIDENTE

Houve Afastamento? SIM () NÃO ()

Tipo do acidente - Típico () - Trajeto () - Doença ocupacional ()

Natureza da lesão:

Parte do corpo atingida:

Agente causador:

Hospital em que foi atendido:

Data do acidente: Hora: Local:

O acidente ocorreu depois de quantas horas trabalhadas:

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: