

**LIBERATO**

uma escolha, um caminho, um futuro

## COMUNICAÇÃO INTERNA DE ACIDENTE DE TRABALHO - CIAT

**SEM AFASTAMENTO****COM AFASTAMENTO****ÓBITO**

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADO

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Identidade Funcional: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Sexo:            Masculino            Feminino

Cargo/Função: \_\_\_\_\_

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

### 2. DADOS SOBRE O ACIDENTE

Data da ocorrência: \_\_\_\_\_ horário: \_\_\_\_\_

Nº de horas trabalhadas no dia do ocorrido, até o horário do fato: \_\_\_\_\_

Local do acidente (especificação): \_\_\_\_\_

Agente causador: \_\_\_\_\_

Descrição da situação geradora do acidente:

Parte do corpo atingida:    Cabeça, exceto Olhos    Olhos    Pescoço    Tronco

Membros Inferiores    Membros Superiores    Múltiplas Partes.

Detalhamento: \_\_\_\_\_

Usava algum Equipamento de Proteção Individual - EPI:    NÃO    SIM

Qual: \_\_\_\_\_

O acidente teve testemunhas:    NÃO    SIM

Citar o(s) nome(s):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**LIBERATO**

uma escolha, um caminho, um futuro

### 3. DADOS SOBRE O REGISTRO POLICIAL E SOBRE O ATENDIMENTO MÉDICO

Houve registro policial:            NÃO            SIM (anexar Boletim de Ocorrência)

Encaminhamento para atendimento de saúde:            SAMU/VIVA            HOSPITAL            CLÍNICA

Nome do médico responsável pelo atendimento:

\_\_\_\_\_

Nº do CRM do médico: \_\_\_\_\_ Número do CID: \_\_\_\_\_.

Houve recomendação de afastamento do trabalho:            NÃO            SIM (anexar atestado médico)

Número de dias de afastamento:

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras.

\_\_\_\_\_  
Responsável pelo preenchimento

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Cargo: \_\_\_\_\_

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

Encaminhe-se à Diretoria de Recursos Humanos. Em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_