



Prefeitura Municipal de Taubaté
Estado de São Paulo
SESMT – Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho



FICHA DE REGISTRO DE ACIDENTE DE TRABALHO Nº _____

1. TIPO: () Inicial / () Reabertura 2. () Doença / () Acidente de Trabalho 3. Data de Registro: / /

4. CATEGORIA FUNCIONAL DO SERVIDOR: () Estatutário / () Servidor Temporário

5. () TÍPICO 6. Servidor: _____ 7. Matrícula: _____
() TRAJETO 8. Data de Nascimento: / / Idade: 9. Sexo: () Feminino () Masculino

10. Endereço: _____ Telefone: _____

11. Cargo: _____ 12. Função Exercida: _____

13. Secretaria: _____ 14. Setor: _____ 15. Telefone: _____

16. Houve Lesão? () Sim () Não 17. Houve Morte? () Sim () Não

18. Data do Acidente: ___/___/___ 19. Hora Acidente: ____:____h(s) 20. Houve Afastamento do Trabalho?
Dia da Semana: _____ () Não () Sim: _____ dias

21. Horário de Trabalho: _____ 22. Horas Extras: _____
Horas Trabalhadas: _____ () Sim () Não 23. Último dia trabalhado: / / 24. Boletim de Ocorrência?
() Sim () Não

25. Local do Acidente (Especificação): _____

26. Preencher em caso de Acidente de Trajeto.

O acidente ocorreu no percurso:

() da residência para o trabalho.

() do trabalho para sua residência.

() de ida para o local da refeição em intervalo de trabalho.

() de volta do local de refeição em intervalo de trabalho.

() outro: _____.

27. Houve Remoção por Serviço Especializado de Urgência (S.A.M.U./Bombeiros/Outros)? () Sim () Não 28. Data da Remoção: / / 29. Horário da Remoção: _____:____h(s)

30. Local de Assistência Médica do Servidor (a) – Especificar Hospital/Pronto Socorro/Posto de Saúde: _____ 31. Horário do Atendimento: _____:____h(s)

32. DESCRIÇÃO DETALHADA DO ACIDENTE (Campo preenchido pela chefia):

Data do preenchimento: ___/___/___ Assinatura, Carimbo e Nº. de Matrícula: _____

33. Testemunha 1: _____ RG: _____ Telefone: _____
Testemunha 2: _____ RG: _____ Telefone: _____

