****

**MODELO DE LISTA DE VERIFICAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO DE RECLAMAÇÕES**

INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME DO FUNCIONÁRIO FERIDO | CARGO | ID DO FUNCIONÁRIO |
|  |  |  |
| DEPARTAMENTO | DATA DO INCIDENTE |
|  |  |
| TIPO DE INCIDENTE | N.º RECLAMAÇÃO |
|  |  |

STATUS DO TRABALHO

|  |  |
| --- | --- |
| DATA PROGRAMADA DE RETORNO AO TRABALHO | DATA REAL DE RETORNO AO TRABALHO |
|  |  |
| NOTAS |
|  |

ITENS DE MONITORAMENTO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME DO ITEM** | **STATUS** | **ATRIBUÍDO A** | **DATA DE CONCLUSÃO** |
| **Formulários de notificação de acidentes:** |  |  |  |
| Notificação de incidente/acidente de funcionário |  |  |  |
| Notificação de incidente/acidente de lesão na coluna |  |  |  |
| Relatório de investigação do supervisor |  |  |  |
| Formulário de declaração de testemunha |  |  |  |
| Formulário de primeira notificação de ferimento |  |  |  |
| Organização de saúde gerenciada (MCO) notificada |  |  |  |
| Administrador de terceiros (TPA) notificado |  |  |  |
| Certificação de sinistros (aprovada ou negada) |  |  |  |
| Relatório do retorno ao trabalho do supervisor |  |  |  |
| Desenvolvimento de plano de retorno ao trabalho |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **AVISO DE ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE**Qualquer artigo, modelo ou informação fornecidos pela Smartsheet no site são apenas para referência. Embora nos esforcemos para manter as informações atualizadas e corretas, não fornecemos garantia de qualquer natureza, seja explícita ou implícita, a respeito da integridade, precisão, confiabilidade, adequação ou disponibilidade do site ou das informações, artigos, modelos ou gráficos contidos no site. Portanto, toda confiança que você depositar nessas informações será estritamente por sua própria conta e risco. |