**[A blue background with white text

Description automatically generated](https://pt.smartsheet.com/try-it?trp=57779&utm_language=PT&utm_source=template-word&utm_medium=content&utm_campaign=ic-Employee+First+Report+of+Injury+Form-word-57779-pt&lpa=ic+Employee+First+Report+of+Injury+Form+word+57779+pt)**

**FORMULÁRIO DE PRIMEIRA NOTIFICAÇÃO DE FERIMENTO DE FUNCIONÁRIO**

INSTRUÇÕES Usando este formulário, os funcionários notificarão todos os acidentes, ferimentos, doenças ou eventos não planejados que possam ter resultado em um ferimento ou uma doença. Uma vez preenchido, este formulário será entregue a um gerente para as próximas etapas.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| EU ESTOU NOTIFICANDO UM DOS SEGUINTES PROBLEMAS RELACIONADOS AO TRABALHO: |  | FERIMENTO |  | DOENÇA |  | QUASE ACIDENTE |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SEU NOME | NOME DO SUPERVISOR | | DATA DA NOTIFICAÇÃO |
|  |  |  | |
| CARGO | Seu supervisor foi informado sobre este incidente? | | |
|  |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LOCAL DO INCIDENTE | DATA DO INCIDENTE | HORA |
|  |  |  |
| TESTEMUNHAS, *se houver* | | |
|  | | |
| DESCRIÇÃO DO INCIDENTE Descrever as tarefas que estavam sendo realizadas e a sequência de eventos. *Anexar páginas adicionais conforme necessário* | | |
|  | | |
| O que poderia ter sido feito para evitar esse ferimento/quase acidente? | | |
|  | | |
| Quais partes do seu corpo foram atingidas? Em caso de quase acidente, como você poderia ter sido ferido? | | |
|  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Foi necessário tratamento médico? | | | | SE SIM, NOME DO HOSPITAL/MÉDICO: |
|  | SIM |  | NÃO |  |
| DATA DA CONSULTA | | HORA DA CONSULTA | | TELEFONE DO HOSPITAL/MÉDICO |
|  | |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Esta parte do seu corpo já foi ferida antes? |  | SIM |  | NÃO | Se SIM, quando? |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Você tem outro emprego? |  | SIM |  | NÃO | Nome da empresa |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO** | **DATA** | **ASSINATURA DO SUPERVISOR** | **DATA** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **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. |