**[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-Work+Related+Accident+Injury+Report+Form-word-57779-pt&lpa=ic+Work+Related+Accident+Injury+Report+Form+word+57779+pt)**

**ACIDENTE/FERIMENTO RELACIONADO AO TRABALHO**

**FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INSTRUÇÕES |  | N.º RECLAMAÇÃO |
| Este formulário deverá ser preenchido o mais rápido possível após um acidente ou ferimento relacionado ao funcionário. Se o funcionário não puder, o supervisor preencherá este formulário e o enviará ao escritório de Recursos Humanos. |  |  |

INFORMAÇÕES PESSOAIS

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME DO FUNCIONÁRIO | | | | N.º DA PREVIDÊNCIA SOCIAL | ID DO FUNCIONÁRIO | | DATA DE HOJE |
|  | | | |  |  | |  |
| CARGO | | | | | DATA DE CONTRATAÇÃO | | TAXA DE PAGAMENTO |
|  | | | | |  | |  |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL | | | | | TELEFONE RESIDENCIAL | | TELEFONE COMERCIAL |
|  | | | | |  | |  |
| NOME DO SUPERVISOR | | | | E-MAIL DO SUPERVISOR | | | TELEFONE |
|  | | | |  | | |  |
| STATUS DO FUNCIONÁRIO | | | | HORAS POR DIA | | DIAS POR SEMANA | |
|  | TEMPO INTEGRAL |  | MEIO PERÍODO |  | |  | |

INFORMAÇÕES SOBRE O FERIMENTO/ACIDENTE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LOCAL DO FERIMENTO | DATA DO FERIMENTO | TEMPO DO FERIMENTO |
|  |  |  |
| O FERIMENTO CAUSOU PERDA NO HORÁRIO DE TRABALHO? Fornecer datas, quantidade de tempo | O FUNCIONÁRIO VOLTOU AO TRABALHO? | |
|  |  | |
| TESTEMUNHAS Fornecer nomes de testemunhas do acidente/ferimento | | |
|  | | |
| DESCRIÇÃO DO FERIMENTO Quais partes do corpo foram afetadas? Que tipo de ferimento? | | |
|  | | |
| DESCRIÇÃO DO INCIDENTE O que o funcionário estava fazendo no momento do incidente? Como o ferimento ocorreu? | | |
|  | | |

TRATAMENTO DO FERIMENTO/ACIDENTE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PRIMEIROS SOCORROS Descreva todos os primeiros socorros oferecidos na cena do ferimento/acidente. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| A PESSOA FERIDA FOI TRATADA EM PRONTO-SOCORRO? | | | | A PESSOA FERIDA FOI LEVADA DE AMBULÂNCIA? | | | | |
|  | SIM |  | NÃO |  | SIM |  | | NÃO |
| NOME DO MÉDICO DO TRATAMENTO | | | | NOME DO(S) PROFISSIONAL(IS) DE SAÚDE | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| ENDEREÇO | | | | | | | TELEFONE | |
|  | | | | | | |  | |
| TRATAMENTO RECEBIDO | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

ASSINATURA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | NOME | ASSINATURA | DATA |
| FUNCIONÁRIO |  |  |  |
| - OU SUPERVISOR |  |  |  |

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