

Relatório de Acidente de Trabalho

(Realizar e encaminhar ao Setor de S.S.T., na data da ocorrência)

Chefia/ Resp.

Pág: 1 de 2

Rev: 03 - 22/06/2022

DADOS DO ACIDENTADO

Matrícula nº :	NOME:		
Dt.Nasc.: / /	Nome da mãe:		
Cel.:	Endereço:		
CEP:			
Função:			
Tempo na Função Atual (anos):		Tempo na Anterior (anos):	
Setor:			
Turno:	Início do Turno:	Termino do Turno:	H. Extra ()

DADOS DO ACIDENTE/OCORRÊNCIA

DATA: / /	LOCAL:		
HORA:	SETOR E/OU MÁQ.:		
O QUE ESTAVA FAZENDO (?):			
COMO FAZIA (?):			
USAVA EPI (?):		QUAIS (?):	
SE NÃO USAVA EPI, POR QUÊ (?):			
TIPO DE LESÃO:			
PARTES ATINGIDAS:			
1ª TESTEMUNHA:			
Cel.:	Endereço:		
CEP:			
2ª TESTEMUNHA:			
Cel.:	Endereço:		
CEP:			
Ass.Encarregado/Chefia:		Carimbo	
Data: ____/____/____			

DADOS DA LESÃO - INSS

Descrição:			
Agente:			
Acidente.: Sem afast.() Afast. até 15 Dias () Afast. Acima de 16 Dias ()			
Retorno ao Trabalho: ____/____/____		Dias Perdidos:	



Relatório de Acidente do Trabalho

SESMT:

Pág: 2 de 2

CIPA:

Rev: 03 - 22/06/2022

Investigação/Análise: Depto. Segurança do Trabalho/CIPA/Encarregado

Fatores materiais:

Fatores pessoais:

Descrição Suscinta:

Por quê?

Como ?

Por quê?

Como ?

Por quê?

Como ?

Por quê?

Como ?

Conclusão/Causa:

Classif. Acidente: () Condição Insegura (situação) () Comportamento Inseguro () Ambos

Comunicação de Acidente (INSS) número:

Medidas Corretivas:

Prazo: ___/___/___ Responsável:

Realizado: () Sim Data: ___/___/___ () Não Inspeccionado: Data: ___/___/___

Téc. Seg. Trab.:

CIPA:

Relatório de Acidentes