

## UNIDADE ONDE A OCORRÊNCIA ACONTECEU

SVO CPML CERIII AMB. DE ESPECIALIDADES  
HEHA HEPR PRÉD.SEDE \_\_\_\_\_  
TRAJETO

## SESMT RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA ROT

MESM HEHA HEPR NAISST

## DADOS DO SERVIDOR (preenchimento UNIDADE, NGP)

NOME : \_\_\_\_\_ SEXO: M F  
FUNÇÃO: \_\_\_\_\_ SETOR: \_\_\_\_\_  
UNIDADE DE LOTAÇÃO: \_\_\_\_\_ CHEFIA IMEDIATA: \_\_\_\_\_ RAMAL: \_\_\_\_\_  
DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nº DE ORDEM : \_\_\_\_\_  
CELULAR OU TEL PARA CONTATO: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
CIDADE: \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

## DADOS DA OCORRÊNCIA (SESMT)

DATA DA OCORRÊNCIA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA DA OCORRÊNCIA: \_\_\_\_:\_\_\_\_ APÓS QUANTAS HORAS DE TRABALHO? \_\_\_\_:\_\_\_\_  
LOCAL DA OCORRÊNCIA: \_\_\_\_\_ ÁREA: URBANA  RURAL  
PARTE(S) DO CORPO AFETADA(S) : \_\_\_\_\_ AGENTE CAUSADOR: \_\_\_\_\_  
INTERNAÇÃO? SIM NÃO ÓBITO? SIM NÃO  
AFASTAMENTO DO TRABALHO? SIM NÃO PASSOU POR ATENDIMENTO MÉDICO? SIM NÃO  
NOME DO (A)MÉDICO(A)? \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

## PREENCHER SOMENTE SE A OCORRÊNCIA FOR DE TRAJETO

TRAJETO? SIM NÃO SE TRAJETO: DA RESIDÊNCIA PARA CASA? SIM NÃO  
MEIO DE LOCOMOÇÃO? ÔNIBUS CARRO DO TRABALHO PARA RESIDÊNCIA? SIM NÃO  
MOTOCICLETA A PÉ DO TRABALHO PARA OUTRO TRABALHO? SIM NÃO  
CARRO OUTRO? \_\_\_\_\_ OUTROS? \_\_\_\_\_  
HOVE B.O? SIM NÃO  
TESTEMUNHAS? \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_  
TESTEMUNHAS? \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

## SAÚDE DO TRABALHADOR( MÉDICO DO TRABALHO/ENFº DO TRABALHO)

SE NÃO HOUVE LESÃO E/OU PERTURBAÇÃO FUNCIONAL INFORMAR A SEG. DO TRABALHO (NÃO HOUVE ACIDENTE, NÃO EMITIR CAT)

HOUVE LESÃO? SIM NÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL? \_\_\_\_\_

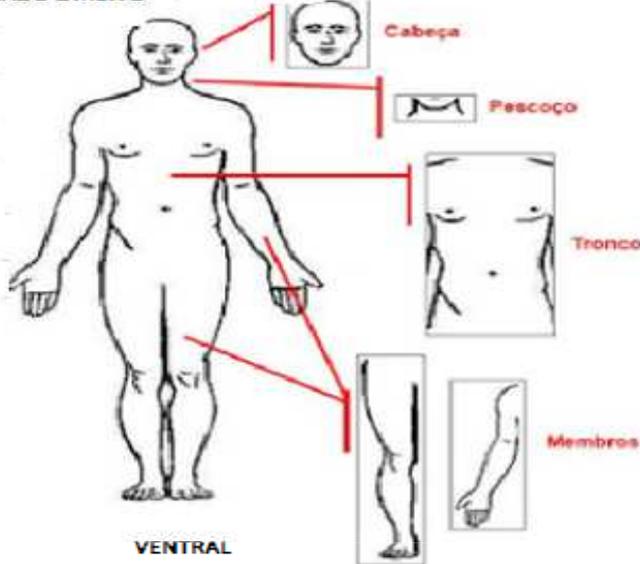
\*CID: \_\_\_\_\_

DESCRIÇÃO DA LESÃO? \_\_\_\_\_

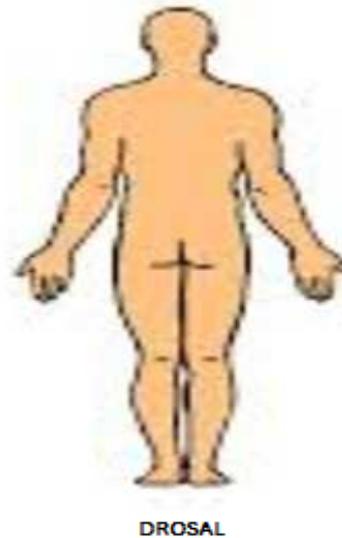
\*DEFINIÇÃO MÉDICA

### IDENTIFICAÇÃO DE LOCAL DA LESÃO:

LADO DIREITO



LADO DIREITO



MÉDICO(A) DO TRABALHO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA/CARIMBO

ENFº DO TRABALHO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA/CARIMBO

### SEGURANÇA DO TRABALHO (ENGº DO TRABALHO/TST)

DESCRIÇÃO SUCINTA DA OCORRÊNCIA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### CONCLUSÃO APÓS INVESTIGAÇÃO DA OCORRÊNCIA AVALIAÇÃO DO PARECER DE SAÚDE:

- INCIDENTE (HOUE OCORRÊNCIA , MAS NÃO HOUE LESÃO CONFORME PARECER DE SAÚDE)
- ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO (EMITIR CAT)
- ACIDENTE DE TRAJETO (EMITIR CAT)  
NÃO HOUE NEXO CAUSAL DA OCORRÊNCIA COM O
- TRABALHO

ENGº DE SEGURANÇA DO TRABALHO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA/CARIMBO

TST: \_\_\_\_\_

ASSINATURA/CARIMBO

FORM.GPE-SST-17