

UNIDADE ONDE A OCORRÊNCIA ACONTECEU

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> SVO | <input type="checkbox"/> CPML | <input type="checkbox"/> CERIII | <input type="checkbox"/> AMB. DE ESPECIALIDADES |
| <input type="checkbox"/> HEHA | <input type="checkbox"/> HEPR | <input type="checkbox"/> PRÉD.SEDE | <input type="checkbox"/> OUTRO _____ |
| <input type="checkbox"/> TRAJETO | <input type="checkbox"/> ME SM | <input type="checkbox"/> ETSAL | |

DADOS DO SERVIDOR (preenchimento UNIDADE)

NOME : _____ SEXO: M F

FUNÇÃO: _____ SETOR: _____

UNIDADE DE LOTAÇÃO: _____ CHEFIA IMEDIATA: _____ RAMAL: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ Nº DE ORDEM _____ MATRICULA _____

CELULAR OU TEL PARA CONTATO: _____ EMAIL: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ BAIRRO _____ CEP: _____

DADOS DA OCORRÊNCIA

DATA DA OCORRÊNCIA: ____/____/____ HORA DA OCORRÊNCIA: ____:____ APOS 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: _____

DESCRIÇÃO SUCINTA DA OCORRÊNCIA:

TESTEMUNHAS: _____ TELEFONE: _____

TESTEMUNHAS: _____ TELEFONE: _____

ASSINATURAS E CARIMBO

SERVIDOR

CHEFE IMEDIATO