



# PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU

SECRETARIA MUNICIPAL DA ADMINISTRAÇÃO  
DISO - DIRETORIA DE SAÚDE OCUPACIONAL

## RELATÓRIO DE ACIDENTE DO TRABALHO

O preenchimento dos campos abaixo são de responsabilidade do superior imediato do servidor acidentado, juntamente com o próprio servidor acidentado.

|                                                                                                                                                              |                                     |                                                                                                                                                      |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Nome:                                                                                                                                                        |                                     | Matrícula:                                                                                                                                           | Idade:    anos |
| Função:                                                                                                                                                      |                                     | Data de admissão: ____ / ____ / ____                                                                                                                 |                |
| Regime de contratação: <input type="checkbox"/> Estatutário <input type="checkbox"/> CLT                                                                     |                                     |                                                                                                                                                      |                |
| Secretaria:                                                                                                                                                  | Departamento:                       | Local de Trabalho:                                                                                                                                   |                |
| Superior Imediato:                                                                                                                                           |                                     | Telefone do Superior:                                                                                                                                |                |
| Turno de trabalho: <input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/> Noturno <input type="checkbox"/> Comercial |                                     |                                                                                                                                                      |                |
| Hora do acidente: ____ : ____ hs                                                                                                                             |                                     | Data do acidente: ____ / ____ / ____                                                                                                                 |                |
| Após quantas horas trabalhadas: ____ : ____ hs                                                                                                               |                                     | Última folga: ____ / ____ / ____                                                                                                                     |                |
| Tipo de lesão                                                                                                                                                |                                     |                                                                                                                                                      |                |
| <input type="checkbox"/> Escoriação, abrasão                                                                                                                 |                                     | Ferimento superficial da pele, do tipo ralado/esfolado;                                                                                              |                |
| <input type="checkbox"/> Corte contuso, laceração                                                                                                            |                                     | Trauma/pancada/batida que causa ferimento (ferida) aberta na pele;                                                                                   |                |
| <input type="checkbox"/> Contusão (pele intacta)                                                                                                             |                                     | Trauma/pancada/batida que <b>não</b> causa ferimento (ferida) aberta na pele;                                                                        |                |
| <input type="checkbox"/> Distensão                                                                                                                           |                                     | Torção, deslocamento ou repuxamento de algum membro do corpo;                                                                                        |                |
| <input type="checkbox"/> Inflamação                                                                                                                          |                                     | Parte do corpo inchada, avermelhada, dolorida, quente e/ou com presença de pús;                                                                      |                |
| <input type="checkbox"/> Luxação                                                                                                                             |                                     | Ferimento que separa o osso da sua articulação (junta);                                                                                              |                |
| <input type="checkbox"/> Fratura                                                                                                                             |                                     | Quebra de algum osso do corpo. Pode ser exposta (quando o osso corta e atravessa a pele) ou não exposta (quando não é possível ver o osso quebrado); |                |
| <input type="checkbox"/> Queimadura                                                                                                                          |                                     | Ferimento causado por calor, fogo e/ou produtos químicos;                                                                                            |                |
| <input type="checkbox"/> Amputação                                                                                                                           |                                     | Corte de um membro ou parte dele que cause a separação do corpo;                                                                                     |                |
| <input type="checkbox"/> Perfuração                                                                                                                          |                                     | Ferimento que fure alguma parte do corpo.                                                                                                            |                |
| <input type="checkbox"/> Outros                                                                                                                              |                                     |                                                                                                                                                      |                |
| Parte do corpo atingida                                                                                                                                      |                                     | Objeto causador                                                                                                                                      |                |
| <input type="checkbox"/> Pé                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Punho      | Local específico da ocorrência                                                                                                                       |                |
| <input type="checkbox"/> Tornozelo                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Cotovelo   |                                                                                                                                                      |                |
| <input type="checkbox"/> Joelho                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Braço      |                                                                                                                                                      |                |
| <input type="checkbox"/> Perna                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Ombro      |                                                                                                                                                      |                |
| <input type="checkbox"/> Bacia                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Pescoço    |                                                                                                                                                      |                |
| <input type="checkbox"/> Dorso                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Cabeça     |                                                                                                                                                      |                |
| <input type="checkbox"/> Tronco                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Face/rosto |                                                                                                                                                      |                |
| <input type="checkbox"/> Dedos                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                      |                |
| <input type="checkbox"/> Mão                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                      |                |
| Descrição do acidente:                                                                                                                                       |                                     |                                                                                                                                                      |                |
|                                                                                                                                                              |                                     |                                                                                                                                                      |                |
|                                                                                                                                                              |                                     |                                                                                                                                                      |                |
|                                                                                                                                                              |                                     |                                                                                                                                                      |                |
| Testemunhas                                                                                                                                                  |                                     |                                                                                                                                                      |                |
| Nome:                                                                                                                                                        |                                     | Matrícula:                                                                                                                                           |                |
| Endereço:                                                                                                                                                    |                                     | Bairro:                                                                                                                                              |                |
| Município:                                                                                                                                                   | UF:                                 | Telefone:                                                                                                                                            |                |
| Nome:                                                                                                                                                        |                                     | Matrícula:                                                                                                                                           |                |
| Endereço:                                                                                                                                                    |                                     | Bairro:                                                                                                                                              |                |
| Município:                                                                                                                                                   | UF:                                 | Telefone:                                                                                                                                            |                |

Declaramos para os devidos fins, que os dados acima descritos são verdadeiros e condizem em sua totalidade com o ocorrido. Assumindo total responsabilidade sobre as informações prestadas, assinamos abaixo.

Foz do Iguaçu, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO SUPERIOR IMEDIATO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO SERVIDOR ACIDENTADO

### PREENCHIMENTO SESMT

Os campos abaixo são de preenchimento exclusivo do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho da Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu.

#### Causas do ocorrido

|                          |                                      |                          |                                        |
|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Agentes biológicos: _____            | <input type="checkbox"/> | Falta de dispositivo de segurança      |
| <input type="checkbox"/> | Agentes ergonômicos: _____           | <input type="checkbox"/> | Falta de EPC: _____                    |
| <input type="checkbox"/> | Agentes físicos: _____               | <input type="checkbox"/> | Falta de EPI: _____                    |
| <input type="checkbox"/> | Agentes mecânicos: _____             | <input type="checkbox"/> | Falta de organização (ordem e limpeza) |
| <input type="checkbox"/> | Agentes químicos: _____              | <input type="checkbox"/> | Falta de treinamento                   |
| <input type="checkbox"/> | Descumprimento de norma de segurança | <input type="checkbox"/> | Imperícia                              |
| <input type="checkbox"/> | Descumprimento de orientação         | <input type="checkbox"/> | Imprudência                            |
| <input type="checkbox"/> | Equipamento com defeito              | <input type="checkbox"/> | Local inadequado                       |
| <input type="checkbox"/> | Falha de procedimento                | <input type="checkbox"/> | Negligência                            |
| <input type="checkbox"/> | Falta de atenção                     | <input type="checkbox"/> | Sinalização ausente ou deficiente      |

#### Observações

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

#### Parecer final

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Foz do Iguaçu, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA SESMT