74

Relatório de Investigação de Acidente de Trabalho Grave

1. DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Unidade Notificadora:

Município de Notificação:	Data da notificação: ___/___/___	Nº da notificação:

2. DADOS DO TRABALHADOR ACIDENTADO

Nome:

Sexo:	Data de nascimento:	Idade:	Estado Civil
( ) M ( ) F	____/____/_____		( ) solteiro ( ) casado ( ) viúvo

Nível de escolaridade:	Situação no Mercado de Trabalho:
( ) analfabeto	( ) Empregador
( ) 1º grau compl. ( ) 1º grau incompl.	( ) Empregado registrado com carteira assinada ( ) Empregado não registrado
( ) 2º grau compl. ( ) 2º grau incompl.	( ) Autônomo/conta própria ( ) Servidor públicoco estatutário
( ) Superior compl. ( ) Superior incompl.	( ) Servidor público celetista ( ) Aposentado ( ) Desempregado
	( ) Trabalho temporário ( ) Cooperativado ( ) Trabalhador avulso

Endereço:		Bairro:
Município:	CEP:	Telefone:
Ocupação: Data da admissão:	Tempo de trabalho na ocupação: Tempo de trabalho na Empresa:	

3. DADOS DA EMPRESA

Nome:		CNPJ:
Endereço:		Bairro:
Município:	CEP:	Telefone:

Ramo de atividade (CNAE):

É empresa terceirizada: ( ) Sim ( ) Não Obs: se sim, preencher os dados da empresa principal.

Nome:		CNPJ:
Endereço:		Bairro:
Município:	CEP:	Telefone:

4. DADOS DO ACIDENTE

Setor da empresa ou local onde ocorreu o acidente:

Data do acidente: ____/____/_____	Hora do acidente: _____:_____ Após quantas horas trabalhadas:_____

Tipo de acidente:

( ) Típico ( ) Trajeto	Atividade no momento do acidente:	Quanto tempo na atividade? _____ dias, meses, anos
Houve treinamento? ( ) Sim ( ) Não	Treinamento comprovado? ( ) Sim ( ) não	Foi emitida CAT? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica
No momento do acidente o trabalhador utilizava Equipamento de Proteção Individual (EPI)? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica	Há dificuldades do trabalhador em realizar a tarefa? ( ) Sim ( ) Não Se sim, citar as dificuldades:	A atividade realizada pelo trabalhador no momento do acidente era: ( ) rotineira ( ) nova ( ) infrequente ( ) conhecida, porém usando recursos/meios não habituais

Equipamento ou ferramenta que causou o acidente:	Houve outros trabalhadores envolvidos? ( ) Sim Quantas? _____ ( ) Não	Partes do corpo atingida: ( ) cabeça ( ) pescoço ( ) tórax ( ) abdome ( ) membros superiores ( ) membros superiores

Houve óbito? ( ) Sim ( ) Não. Se sim, houve óbito de outros trabalhadores? Quantos?_____	Data do óbito: ___/___/___	Local do Óbito:	Causa principal do óbito: