(14) verso

5. DADOS DO SERVIÇO DE SAÚDE

Foi encaminhado para algum serviço de saúde? ( ) Sim ( ) Não
Se sim, qual? _____

Data do atendimento: ____/____/_____

6. CAMPOS EM ABERTO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

6.1. Descrição detalhada do acidente de trabalho: (o que, como, quando, onde)

6.2. Quais foram as causas que geraram o acidente?

6.3. Medidas de vigilância, prevenção e promoção da saúde do trabalhador apresentadas pela equipe de investigação:

6.4. Informações Complementares:

6.5. Fonte das informações:

( ) trabalhador ( ) familiar ( ) empregador ( ) amigos de trabalho (Não é necessário citar nomes)

( ) unidade de saúde ( ) outros

7. RESPONSÁVEL PELA INVESTIGAÇÃO

Nomes: Funções: