



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
COORDENADORIA SETORIAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO

CIAT Nº:

MÊS:

ANO:

RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHO

DADOS PESSOAIS

NOME:

MATRÍCULA:	CENTRO DE CUSTO:	SEXO:	ALTURA:	FONE PARA CONTATO:
SECRETARIA:	DEPARTAMENTO:			
ÓRGÃO:	CARGO:			
FUNÇÃO:	JÁ SOFREU ACIDENTES ?	SIM	NÃO	QUANTOS? QUANDO?

DADOS DO ACIDENTE:

DATA DO ACIDENTE:	LOCAL DO ACIDENTE:	AGENTE CAUSADOR:
NATUREZA DA LESÃO:	LOCAL DA LESÃO:	

DESCRIÇÃO DO LOCAL DO ACIDENTE :

DA ATIVIDADE DESENVOLVIDA NO MOMENTO DO ACIDENTE:

MÁQUINAS / FERRAMENTAS ENVOLVIDAS NO ACIDENTE:

NO MOMENTO DO ACIDENTE, O ACIDENTADO USAVA E. P. I. ?

<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	NÃO FOI FORNECIDO E. P. I.	<input type="checkbox"/>	NÃO HAVIA NECESSIDADE DE USO DO E. P. I.
<input type="checkbox"/>	SIM QUAIS ? _____				

RELATOS:

DO ACIDENTADO :

DO CHEFIA IMEDIATA :

DAS TESTEMUNHAS / OUTROS :

DATA DA INVESTIGAÇÃO :

REALIZADA POR :

ACOMPANHADA POR :

CAUSA PROVÁVEL DO ACIDENTE / PARECER TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO:

SETOR DE SEGURANÇA DO TRABALHO / DATA :