

NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO – NAT



DADOS DO ACIDENTADO:

Nome:		CPF:
Data de nascimento: ____/____/____	Estado civil:	Telefone:
Endereço:		Cidade:
Vinculo empregatício: () FAMESP () SECRETARIA () UNESP () Outros: _____		

DADOS DO ACIDENTE:

Tipo: () Típico () Trajeto	Houve exposição ao material biológico: () Sim () Não. *Se sim, comparecer imediatamente ao Pronto Socorro Referenciado e informar o Enfermeiro(a) da classificação que se trata de acidente com exposição ao material biológico.
---------------------------------	---

Data do acidente: ____/____/____	Horário do acidente:	Após quantas horas de trabalho:
Local do Acidente:	Houve Boletim de Ocorrência: () SIM () NÃO	
Função:	Setor/Lotação de Trabalho:	
Descrição do acidente:		

TESTEMUNHAS:

Nome:		CPF:
Endereço:		Cidade:
Telefone:	Profissão:	Assinatura:
Nome:		CPF:
Endereço:		Cidade:
Telefone:	Profissão:	Assinatura:

Botucatu, ____ de _____ de _____.

Assinatura do funcionário

Assinatura e carimbo da Chefia

ATESTADO MÉDICO

Nome:

RG HC:

01 – Unidade de atendimento médico:

02 – Data: ____/____/____

03 – Hora do atendimento:

04 – Duração provável do tratamento: ____ dias

05 – Deverá afastar-se do trabalho? () Não () Sim – Quantos dias? _____, a partir de: ____ / ____ / ____

06 – Descrição da natureza da lesão:

07 – Diagnóstico provável:

08 – Parte do corpo atingido:

09 – Lateralidade: () Direito () Esquerdo () Ambos () Não aplicável

10 – CID:

11 – Observações:

Local e data

Assinatura e carimbo do médico com CRM