



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE SANTA MARIA
SERVIÇO DE SAÚDE E
SEGURANÇA DO TRABALHO- SSST

NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO

1 – DADOS DO PROFISSIONAL ACIDENTADO

Nome:

Siape n°

Cargo:

Setor:

Endereço:

N°

Bairro:

Cidade:

Fone:

Sexo: () Masc. () Fem.

Data Nascimento: / /

2 – DADOS SOBRE O ACIDENTE

Setor onde ocorreu o acidente:

Data: / /

Horário:

Ocorreu após quantas horas de trabalho:

Agente Causador do Acidente:

Descrição do Acidente (causa, parte do corpo atingida, lesão gerada...):

Data da coleta após o acidente: / /

Tipo de Exposição: () Percutânea () Mucosa () Pele

Tipo de Material: () Sangue () Secreção () Outros. Quais?

Situação – Manuseio de: () Pacientes () Material Cirúrgico () Lixo
() Recapeamento de agulha () Administração de Medicamentos () Outros.
Quais?

3 – TESTEMUNHAS

Nome:

Cargo:

Setor:

SIAPE:

Fone e Ramal: ()

Data: / /

Assinatura:

Nome:

Cargo:

Setor:

SIAPE:

Fone e Ramal: ()

Data: / /

Assinatura:

4 – ASSINATURAS

Chefia Imediata:

Cargo:

Setor:

SIAPE:

Fone e Ramal: ()

Data: / /

Assinatura e Carimbo:

PARA USO DA CHEFIA IMEDIATA COM O SERVIDOR

