



CIPA CIAT



HOSPITAL SÃO PAULO SPDM
COMUNICAÇÃO INTERNA DE ACIDENTE DO TRABALHO

| I - INFORMAÇÕES DO ACIDENTADO | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| NOME: | |
| CARGO: | |
| SETOR: | RF: |
| II - INFORMAÇÕES DO ACIDENTE | |
| DATA DO ACIDENTE: | HORA DO ACIDENTE: |
| HORAS TRABALHADAS: | AFASTAMENTO SIM () NÃO () |
| BOLETIM DE OCORRÊNCIA: SIM () NÃO () | |
| PRESTADORA: | LOCAL DO ACIDENTE: |
| ESPECIFICAÇÃO DO LOCAL DO ACIDENTE: | |
| ULTIMO DIA TRABALHADO: | |
| MUNICIPIO DO ACIDENTE: | |
| PARTE DO CORPO AFETADA: | |
| AGENTE CAUSADOR: | |
| MORTE: SIM () NÃO () | DATA DO OBITO: ____/____/____ |
| ACIDENTE POR TRAJETO: DE CASA PARA O TRABALHO () DO TRABALHO PARA CASA () MUDANÇA DO TRAJETO SIM () NÃO () | |
| HORA SAIDA DE ORIGEM: ____;____ HORAS A CUMPRIR: ____;____ | |
| MEIOS DE LOCOMOÇÃO : | |
| BREVE RELATORIO DO ACIDENTE: | |
| INFORMAÇÕES DO ATENDIMENTO MÉDICO | |
| UNIDADE: | |
| DATA DO ATENDIMENTO : ____ / ____ / ____ HORAS: ____; ____ | |
| INTERNAÇÃO: SIM () NÃO () AFASTAMENTO SIM () NÃO () | |
| NATUREZA DA LESÃO: | |
| CID- 10: | CRM- UF |
| INFOMAÇÕES ADICIONAIS | |
| TESTEMUNHAS: | CONTATO: |
| TESTEMUNHAS: | CONTATO: |

RESPONSÁVEL PELO PREECHIMENTO DO CIAT

DATA

A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO

Acidente de trabalho encaminhar ao RH do HSP, aos cuidados da Sra. Sandra.

Acidente perfuro cortante encaminhar a comissão de infecção Hospitalar.