|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **cropped-logo-site-300x140.png** | **RELATO DO ACIDENTE DE TRABALHO** | **siass_logo.jpg** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dados do acidentado** | | |
| Nome: | CPF: | SIAPE: |
| E-mail: | Telefone: | |
| Lotação: | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dados do acidente** | | |
| Local do acidente: | | |
| Data do acidente: | Hora em que ocorreu o acidente: | Tempo de trabalho no dia do acidente: |
| Qual parte do corpo foi afetada/atingida? | | |
| Qual(is) foi (foram) o(s) agente(s) agressor(es)? (Exemplificar) | | |
| Por favor, conte-nos como se deu o acidente: | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dados das testemunhas** | |
| Nome: | Nome: |
| CPF: | CPF: |
| Telefone: | Telefone: |