



**CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR  
CEREST REGIONAL**



**PROGRAMA DE VIGILÂNCIA E PREVENÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHO**

**RELATÓRIO DE ATENDIMENTO AO ACIDENTADO DO TRABALHO**

**IDENTIFICAÇÃO/ATENDIMENTO/CLASSIFICAÇÃO**

UNIDADE: \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_: \_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ Raça/Cor \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_ CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

DATA NASC.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO:  M  F OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_

END.: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

REGIME DE TRABALHO:  Com Registro  AUTÔNOMO  FUNCIONÁRIO PÚBLICO  OUTRO

EMPRESA: \_\_\_\_\_ RAMO DE ATIVIDADE: \_\_\_\_\_

END. EMPRESA \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE:**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_: \_\_\_\_  TÍPICO  TRAJETO  DOENÇA OCUPACIONAL

LOCAL: \_\_\_\_\_

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura da Enfermagem

**PARECER MÉDICO:**

**AGENTE:**

QUÍMICO  FÍSICO  BIOLÓGICO  ERGONÔMICO

**PARTES DO CORPO ATINGIDAS:**

<input type="checkbox"/> ABDOMEN	<input type="checkbox"/> COTOVELO	<input type="checkbox"/> MÃO	<input type="checkbox"/> PERNA	<input type="checkbox"/> TESTA
<input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO	<input type="checkbox"/> COXA	<input type="checkbox"/> NARIZ	<input type="checkbox"/> PESCOÇO	<input type="checkbox"/> TORAX
<input type="checkbox"/> BOCA	<input type="checkbox"/> DEDOS DA MÃO	<input type="checkbox"/> OLHO	<input type="checkbox"/> PUNHO	<input type="checkbox"/> TORNOZELO
<input type="checkbox"/> CABEÇA	<input type="checkbox"/> DEDO DO PÉ	<input type="checkbox"/> OMBRO	<input type="checkbox"/> QUADRIL	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> COLUNA	<input type="checkbox"/> FACE	<input type="checkbox"/> ORELHA	<input type="checkbox"/> QUEIXO	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> COSTAS	<input type="checkbox"/> JOELHO	<input type="checkbox"/> PÉ	<input type="checkbox"/> SUPERCÍLIOS	

**CAUSA DO ACIDENTE:**

<input type="checkbox"/> ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO	<input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO	<input type="checkbox"/> PRODUTO QUÍMICO
<input type="checkbox"/> ACIDENTE BICICLETA	<input type="checkbox"/> CORRENTE ELÉTRICA	<input type="checkbox"/> QUEDA DE ALTURA
<input type="checkbox"/> ACIDENTE MOTO	<input type="checkbox"/> ESFORÇO FÍSICO/REPETITIVO	<input type="checkbox"/> QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA
<input type="checkbox"/> ANIMAIS E INSETO	<input type="checkbox"/> MAQUINAS/EQUIPAMENTOS	<input type="checkbox"/> SUBSTÂNCIA QUENTE/FRIA

**DIAGNÓSTICO:**

<input type="checkbox"/> AMPUTAÇÃO	<input type="checkbox"/> INTOX/ENVENENAMENTO	<input type="checkbox"/> TCE
<input type="checkbox"/> CONTUSÃO	<input type="checkbox"/> LUXAÇÃO	<input type="checkbox"/> TRAUMA
<input type="checkbox"/> ENTORSE	<input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO	<input type="checkbox"/> CONCUSSÃO
<input type="checkbox"/> ESCORIAÇÕES	<input type="checkbox"/> POLITRAUMATISMO	<input type="checkbox"/> OUTROS _____
<input type="checkbox"/> ESMAGAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURA/QUÍMICA	
<input type="checkbox"/> FERIMENTO CORTE CONTUSO (FCC)	<input type="checkbox"/> SURDEZ	
<input type="checkbox"/> FRATURA		

**OBSERVAÇÃO:** \_\_\_\_\_ **CID:** \_\_\_\_\_

**CLASSIFICAÇÃO INICIAL**

LEVE  MODERADO  GRAVE  FATAL

COM AFASTAMENTO:  SIM  NÃO

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do médico