



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORTOLÂNDIA

Secretaria Municipal de Administração e Gestão de Pessoal

Departamento de Gestão de Pessoal

Divisão de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DE ACIDENTE NO TRABALHO

UNIDADE DE SAÚDE: _____

Declaramos para os devidos fins de registro de Acidente de Trabalho, que o Sr(a). _____

_____ foi atendido nesta unidade de pronto atendimento conforme descrito abaixo, referindo que a lesão apresentada tinha sido consequência de acidente de trabalho. O mesmo deverá encaminhar-se para o Centro de Saúde mais próximo de sua residência ou local de trabalho, onde deverá ser submetido a acompanhamento médico e realizar os procedimentos de notificação previdenciária cabíveis para o caso.

Data do atendimento: ____/____/____

Horário: _____

Descrição da(s) lesão(ões):	Diagnóstico provável:
Procedimentos realizados: Curativo ☐ Sutura ☐ Imobilização ☐ Medicação: Analgésicos ☐ Antibióticos ☐ Outros ☐	Observações:
Segundo o tipo de acidente o paciente deverá afastar-se do trabalho? Sim ☐ Não ☐ Se a resposta for afirmativa qual o período de afastamento? _____	Qual o tipo de tratamento? ☐ Hospitalar ☐ Ambulatorial ☐ Outros _____

Hortolândia, ____ de _____ de _____

Médico de atendimento (carimbo e assinatura)

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELA CHEFIA IMEDIATA

Declaração de Ciência de Acidente no Trabalho

Declaro ter ciência que o funcionário acima, sofreu o referido acidente no dia ____/____/____ às ____:____ h, estando no desempenho de suas funções.

Data: ____/____/____

Chefia (assinatura e carimbo)