



# FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE - F. I. A.

A C I D E N T A D O	Nome: _____		DRT: _____
	Função: _____	Setor: _____	
	Horário de Trabalho: _____		Horas Trabalhadas: _____
	Tempo na Função: _____	Idade: _____	Data do Acidente: _____
	Hora do acidente: _____	Local do Acidente: _____	Hora extra? ( ) sim ( ) não
	Obs: Preenchimento Obrigatório		

B I O L Ó G I C O	Acidente com material biológico - Fonte conhecida <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Nome / RGH fonte _____	Data Nascimento : _____
	Tipo de Exposição: _____	
	Material Orgânico: _____	

C H E F I A  I M E D I A T A	Descrição do Acidente: _____ _____ _____ _____ _____	
	Usava EPI ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Se sim, quais ? _____ _____	
	Medida tomada para que outro acidente não ocorra pelo mesmo motivo: _____ _____ _____	
	Data: ____ / ____ / ____	
	Nome da Chefia Imediata _____ Assinatura _____	
	Obs: Preenchimento Obrigatório.	

A T E N D I M E N T O  M É D I C O	Descrição da Lesão / Parte do Corpo atingida: _____ _____ _____ _____	
	Tempo de afastamento: _____	CID - 10: _____
	Diagnóstico da Lesão: _____	
	Médico: _____	CRM: _____
	Data do Atendimento: _____	Horário: _____
	_____ Médico	

