



**Relatorio de Acidente com
Empregado de Contratada**

ÓRGÃO 1			ACIDENTE 2	LESÃO 3	Doença Ocupacional 4
E & P – UN-RIO			1- Típico 2- trajeto	1-C/Afast..	1-Sim 2-Não
Código	Ano	Número	3- Descanso	2- S / Afast.	
160					

ACIDENTADO (nome)	Ger. Contrato / Empresa/Nº Contrato	CARGO	SEXO 8	IDADE 9
			M ou F	(anos)

Tempo de Empresa 10 (anos)	Tempo no Cargo 11 (anos)	REGIME 12 1 - Adm. 2 - Turno 3 - Sobreav.	JORNADA 13 1 - Normal 2 - Extra	TRABALHO 14 1 - Normal 2 - Manut. 3 - Emerg.	ATIVIDADE 15	NATUREZA DA LESÃO 16	LOCALIZAÇÃO DA LESÃO 17

FONTE DA LESÃO 18	ACIDENTE PESSOAL 19	ACIDENTE IMPESSOAL 20	CONDIÇÃO AMBIENTE 21	AGENTE ACIDENTE 22

ATO INSEGURO 23	CAUSA IMEDIATA 24	CAUSA BÁSICA 25	CLASSIFICAÇÃO 26	DATA DO ACIDENTE
			1- RISR 3- RCRA 5- IP 2- RSRRA 4- ITT 6- M	/ /

HORA DO ACIDENTE 28	DATA DO AFASTAMENTO 29	DATA DA ALTA 30	DIAS DEBITADOS 31	PAIS 32	CUSTO DA LESÃO 33
	/				
LOCALIDADE 34			ESTADO 35	CID 36	

D E S C R I C Ã O D O A C I D E N T E	37	DESCREVA O QUE FAZIA O ACIDENTADO, COMO SE ACIDENTOU, QUAIS AS LESÕES SOFRIDAS, E SE HOUVE DANOS MATERIAIS RESULTANTES DESTA ACIDENTE. SE OCORREU ACIDENTE IMPESSOAL QUE TENHA CAUSADO ESTE ACIDENTE PREENCHA O "ROA".
	38	RELACIONE AS AÇÕES TOMADAS OU A TOMAR PARA PREVENIR ACIDENTES SEMELHANTES.

ÓRGÃO DE LOTAÇÃO 39	SEGURANÇA INDUSTRIAL 40	CHEFE DO ORGÃO 41	DATA 42
			/ /

Empregado embarcado há	dias.	Acidente ocorrido após	:	horas de trabalho.
Supervisor do acidentado :	Técnico de Enfermagem :	Cipista :	Fiscal do Contrato :	