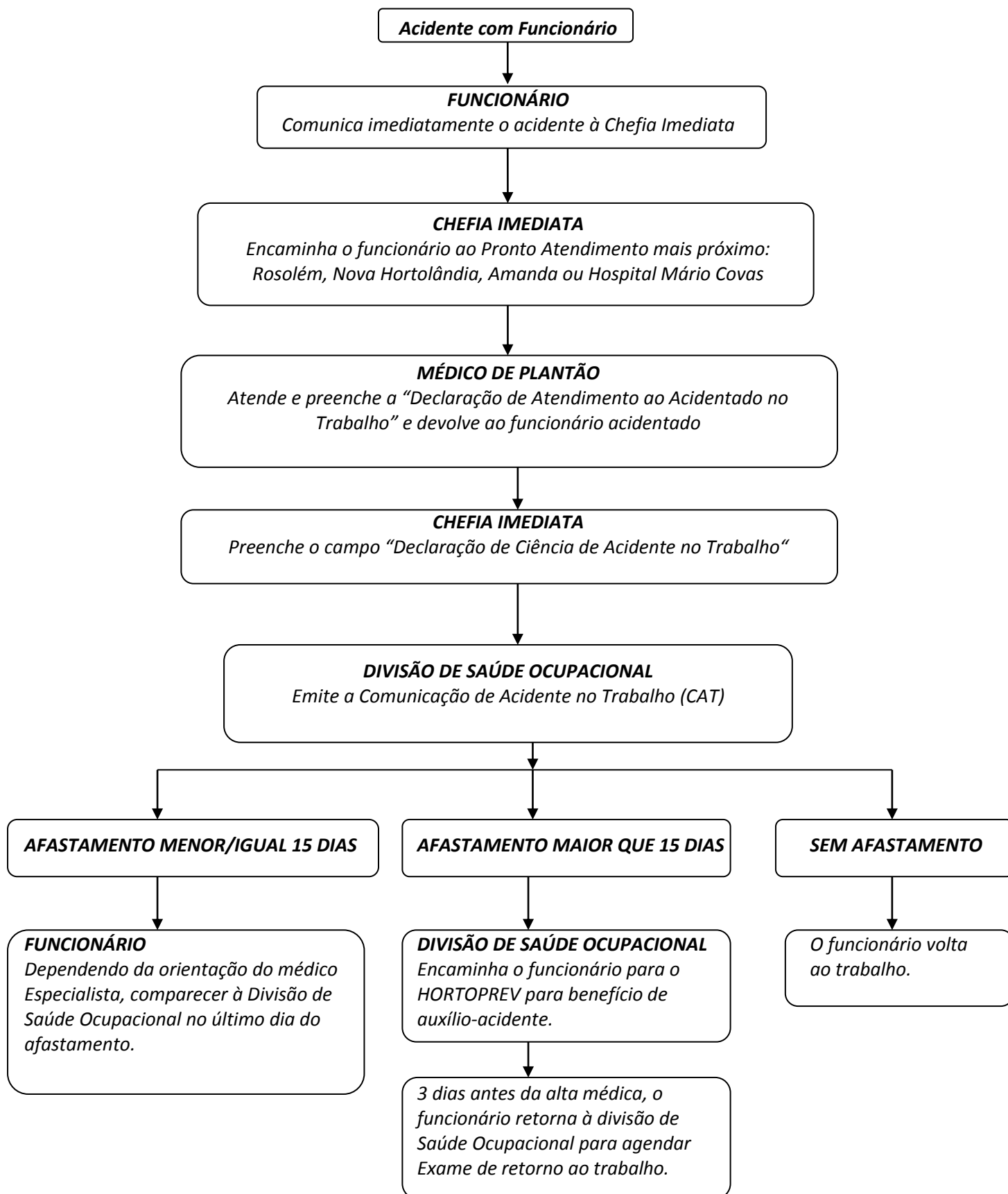




PREFEITURA MUNICIPAL DE HORTOLÂNDIA

Secretaria Municipal de Gestão de Pessoas

Fluxograma 01 – Acidente no Trabalho **SEM** risco de contaminação biológica.

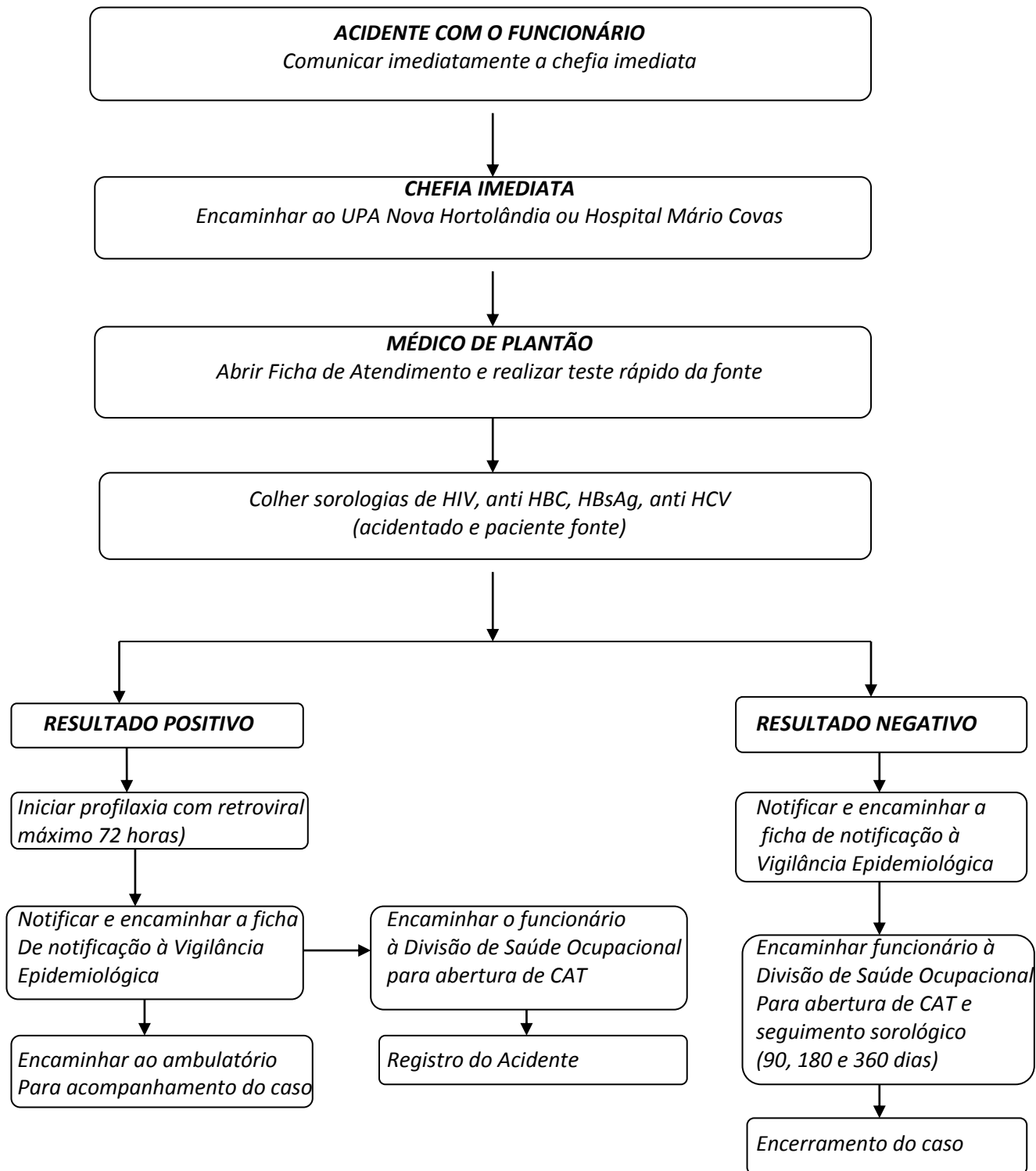




PREFEITURA MUNICIPAL DE HORTOLÂNDIA

Secretaria Municipal de Gestão de Pessoas

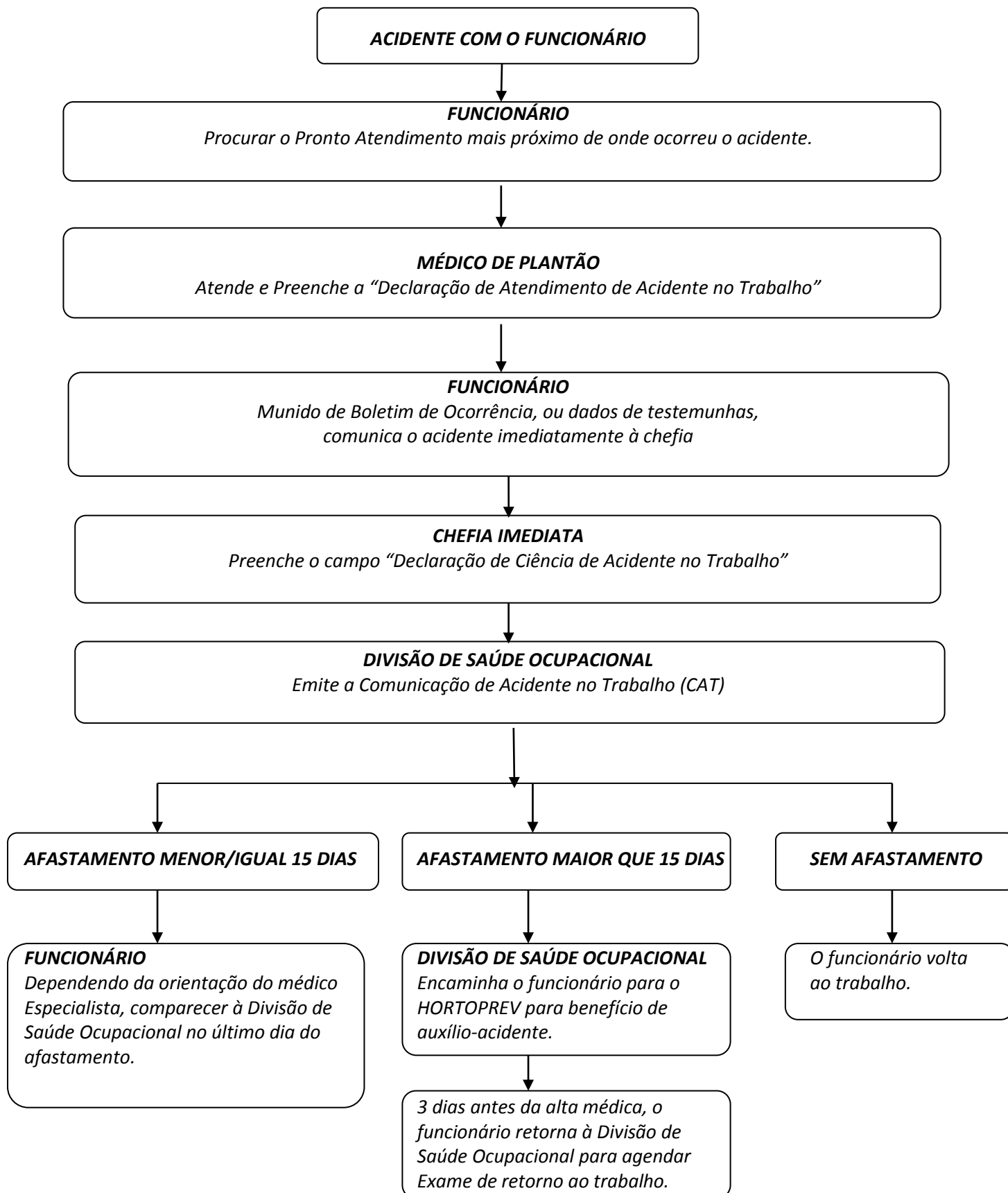
Fluxograma de Acidente no Trabalho **COM** risco de contaminação biológica





PREFEITURA MUNICIPAL DE HORTOLÂNDIA
Secretaria Municipal de Gestão de Pessoas

Fluxograma de Acidente de Trajeto.





PREFEITURA MUNICIPAL DE HORTOLÂNDIA
Secretaria Municipal de Gestão de Pessoas

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DE ACIDENTE NO TRABALHO

UNIDADE: _____

Declaramos para os devidos fins de registro de Acidente de Trabalho, que o Sr(a). _____
_____ foi atendido neste Pronto Socorro conforme descrito abaixo, referindo 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 <input type="checkbox"/> Sutura <input type="checkbox"/> Imobilização <input type="checkbox"/> Medicação: Analgésicos <input type="checkbox"/> Antibióticos <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>	Observações:
Segundo o tipo de acidente o paciente deverá afastar-se do trabalho? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se a resposta for afirmativa qual o período de afastamento? _____	Qual o tipo de tratamento? <input type="checkbox"/> Hospitalar <input type="checkbox"/> Ambulatorial <input type="checkbox"/> 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 ____:____ hs, estando no desempenho de suas funções.

Data: ____/____/____

Chefia (assinatura e carimbo)