



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO DE PESSOAS
Departamento de Saúde Ocupacional e Perícia Médica - DESOPEM

NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO – NAT

DADOS DO ACIDENTADO			
Nome:			Sexo () M () F
Nome da Mãe:			
Data de Nasc:	Idade	Estado Civil:	Telefone:
RG:		Org. Expedidor:	Data de Emissão:
CPF:			
End. Resid:		Nº	Bairro:
Matrícula:	Vínculo:	Cargo:	
Horário de Trabalho:		Carga Horária:	
Órgão de Origem:		Lotação	
End. do Local de Trabalho:			

DADOS DO ACIDENTE		
Data do acidente:	Hora do acidente:	Após quantas horas de trabalho?
Foi solicitado afastamento?	Sim () Não ()	Último dia trabalhado -
Local do acidente:		
Especificação do local do acidente		
Endereço :	Nº	Bairro:
Parte do corpo atingida:		
Agente causador:		

TESTEMUNHAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE	
1ª TESTEMUNHA	
Nome:	
Endereço:	Nº
Bairro:	Telefone:
2º TESTEMUNHA	
Nome	
Endereço	Nº
Bairro	Telefone

