|  |
| --- |
| COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE OCUPACIONAL - CAO |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME DO ACIDENTADO:** | | **PERÍODO:** |
| **LOCAL DO ACIDENTE:** | **DATA: \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_** | **HORA:\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **AREA DO CORPO ATINGIDA:** |
| **TIPO DE EXPOSIÇÃO:**  **( ) Exposição percutâneas: lesões provocadas por instrumentos perfurantes e/ou cortantes (agulhas, bisturi etc.);**  **( ) Exposição em mucosas: respingos em olhos, nariz, boca.**  **( ) Exposição em pele não íntegra: contato com pele com dermatite, feridas abertas.** |

|  |
| --- |
| **ESTAVA USANDO EPI NO MOMENTO DO ACIDENTE? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Gurupi, To \_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ASSINATURA DO ACIDENTADO**

