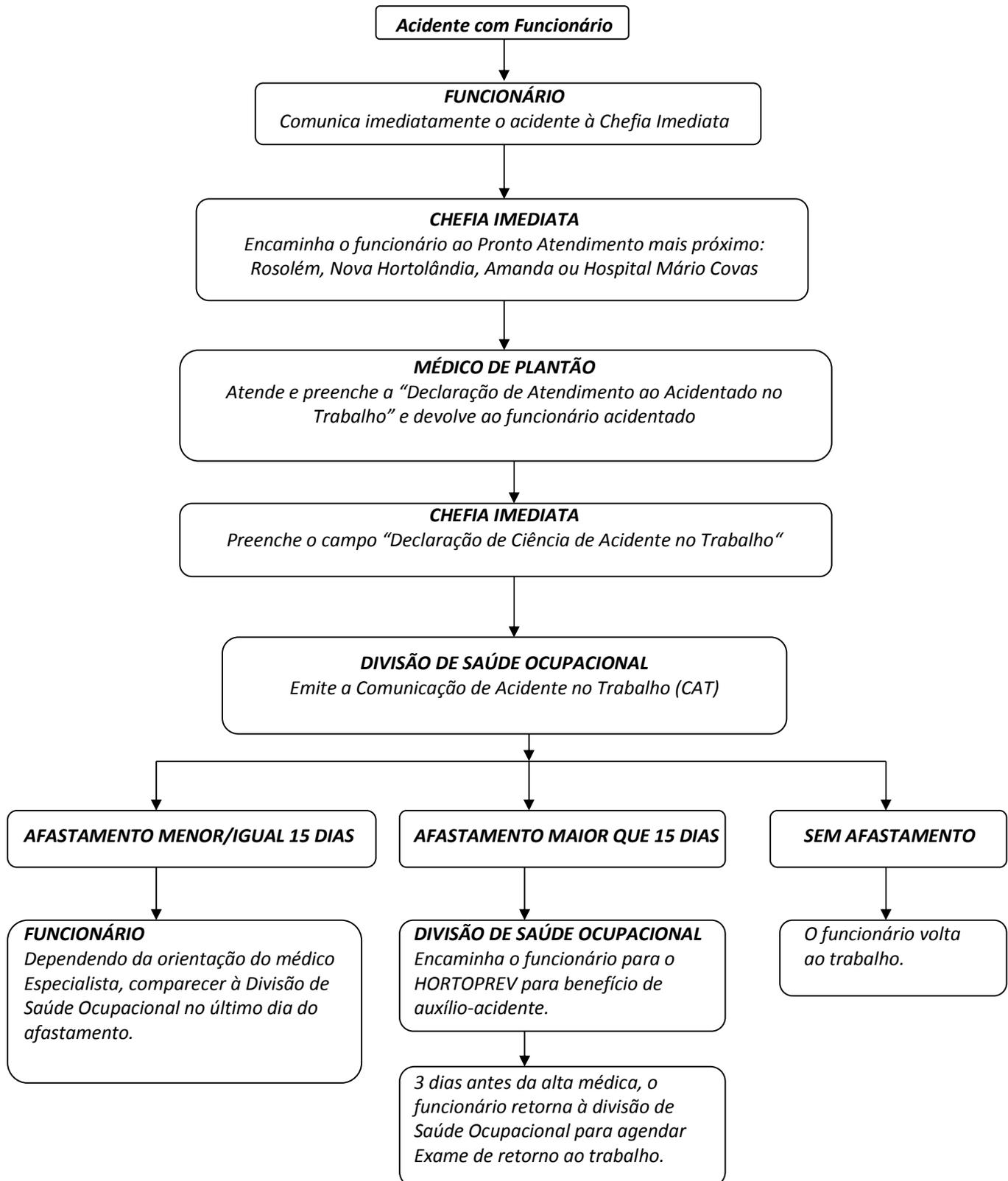




**PREFEITURA MUNICIPAL DE HORTOLÂNDIA**  
**Secretaria Municipal de Gestão de Pessoal**

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

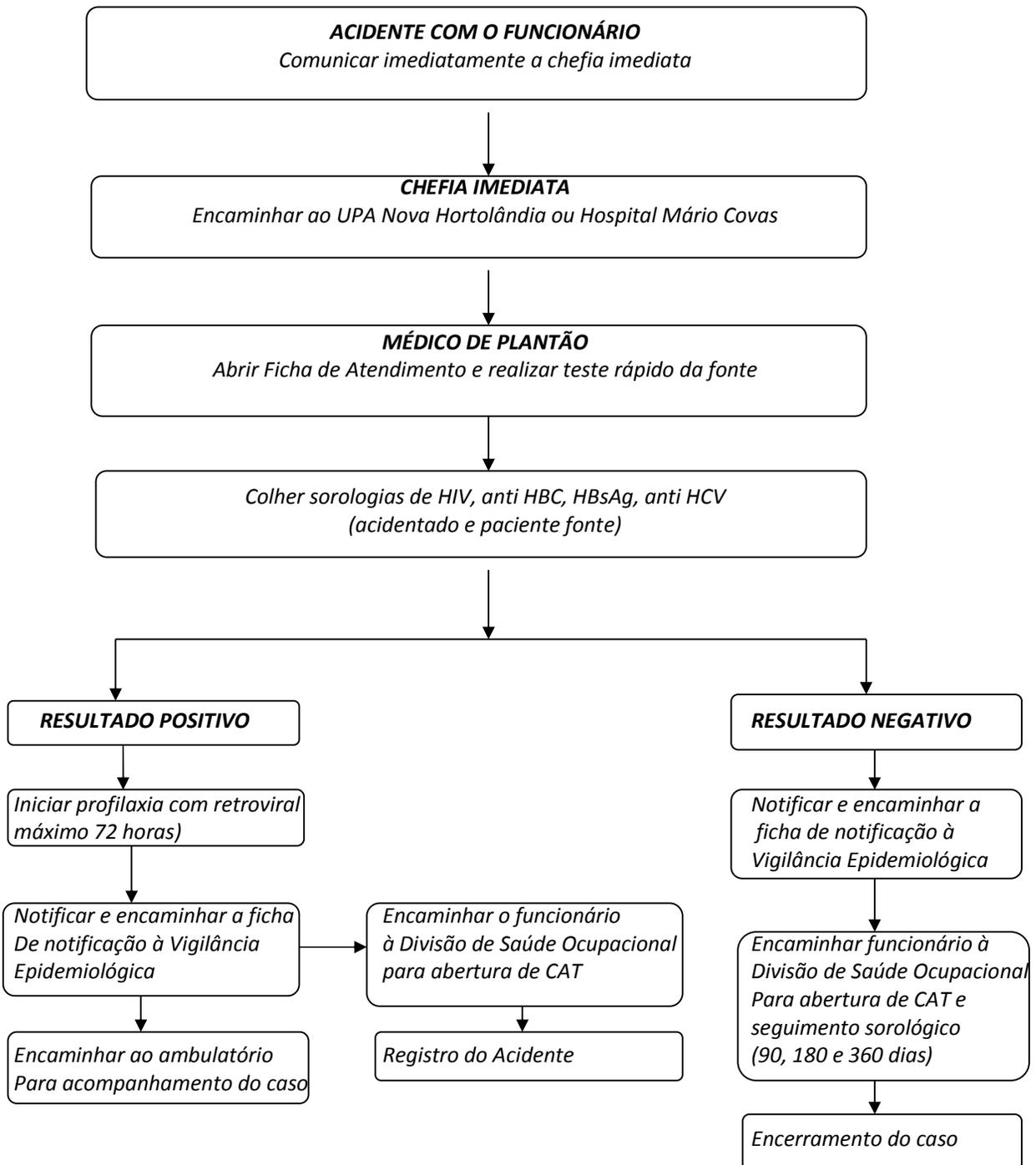




# PREFEITURA MUNICIPAL DE HORTOLÂNDIA

## Secretaria Municipal de Gestão de Pessoal

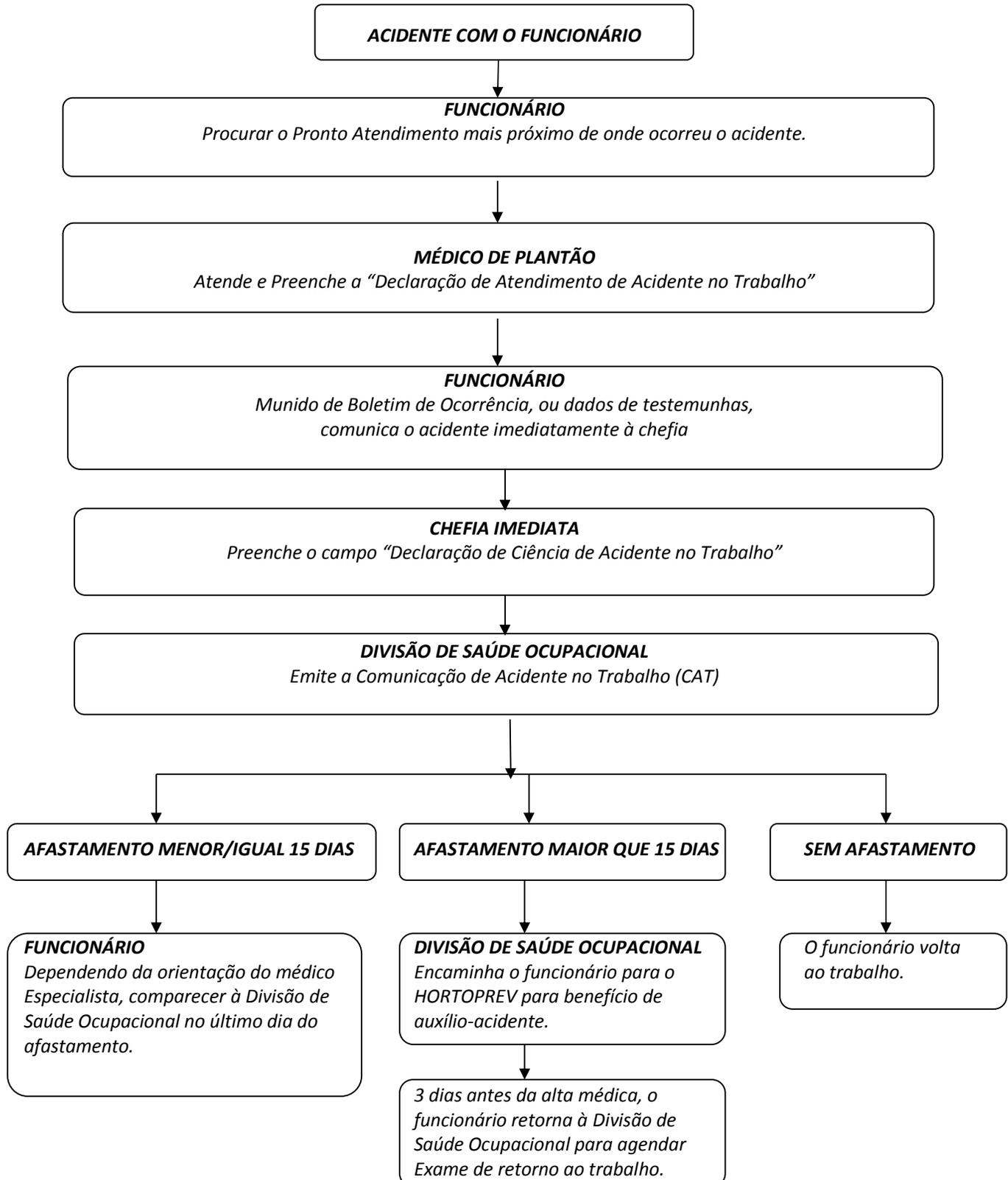
### Fluxograma de Acidente no Trabalho **COM** risco de contaminação biológica





**PREFEITURA MUNICIPAL DE HORTOLÂNDIA**  
**Secretaria Municipal de Gestão de Pessoal**

**Fluxograma de Acidente de Trajeto.**





# PREFEITURA MUNICIPAL DE HORTOLÂNDIA

## Secretaria Municipal de Gestão de Pessoal

### 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 conseqüência 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)