	Título:	Código: F-055
	CIAT - Comunicação Interna de Acidente de Trabalho	Página Número: 1/1

ACIDENTADO			
Nome do Acidentado (a):			Matrícula:
Função:		Data Nasc.:	
ACIDENTE OU DOENÇA			
Obra:		Município - UF:	
Local do acidente:		Especificação do local do Acidente:	
Tipo:	Data do Acidente:	Hora do acidente:	Após quantas horas trabalhadas:
Último dia Trabalhado:		Houve registro policial:	
Agente Causador:		Parte do corpo atingida (localização da parte afetada):	
Descrição da situação geradora do Acidente ou Doença:			
Testemunhas do Acidente:			
ATENDIMENTO			
Encaminhamento (ambulatório/hospital):			
Nome do Médico:	N° CRM:	Nº CID 10:	
Data e Responsável Encaminhamento:			