**ROA-RELATO DE OCORRÊNCIA DE REGISTRO DE ACIDENTE DE TRABALHO**

|  |
| --- |
| Nome: |
| Telefone: |  | Matricula: |  |
| Cargo: |  | Setor: |  |
| Local de Ocorrência: |  | Horário: | Data: |
| Responsável do Setor: |  |
| Motivo da Ocorrência: |  |
| **DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA DE ACORDO COM O RELATO DO (A) SERVIDOR(A)** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Testemunha (s):Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Documentos anexados:Atestado médico ( )Prontuário clínico individual ( )Exames complementares ( )Boletim de Ocorrência ( )Outros ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura da chefia imediata | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do(a) servidor(a) |