

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA  
**FICHA DE ANÁLISE DO ACIDENTE**

Data do acidente: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_

Local do Acidente: \_\_\_\_\_

**COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE** (Preenchido pela chefia imediata do acidentado)

Nome do acidentado \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Setor de lotação: \_\_\_\_\_

Horário de trabalho: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_ Tempo na função: \_\_\_\_\_

**Descrição do Acidente (detalhamento completo, inclusive hora e local):**

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

Já ocorreram acidentes semelhantes neste setor? ( ) Sim ( ) Não

O acidentado fazia uso de E.P.I (equipamentos de proteção individual): no momento do acidente? ( ) Sim ( ) Não

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo

**DADOS DO PACIENTE-FONTE (se for o caso)**

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cartão SUS: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Filiação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_