

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO

	<b>REGISTRO DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DO TRABALHO</b>  <b>R.O.</b>	<b>Data do Acidente</b>  ____/____/____	
Nome do Acidentado:	Turno:	Hora do Acidente:	Tel. Residencial:
Local:	Testemunhas:		
Descrição da Ocorrência:			
Ação Tomada:			
Causa Provável:			
Sugestão de nova atividade para remanejamento temporário durante o tratamento, caso seja viável:			
Chefe Imediato:		Segurança do Trabalho:	