|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Relatório Mensal de Acidentes do Trabalho e** |  | CLASSIFICAÇÃO: RESERVADO |
| **Horas Trabalhadas** |  |
|  |  |

Gerência contratante:

Empresa contratada:

Nº do contrato:

Referência (mês/ano):

Nº de empregados alocados neste contrato:

Total de horas trabalhadas no mês:

Sendo: normais:       extras:

Assinalar com um “**X**” se não houve acidentes no mês:

No caso de acidentes, independentemente de sua gravidade, preencher o relatório abaixo:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data | Local | Nome (s) do(s) acidentado(s) | **Houve afastamento?** | | **Constituiu comissão?** | | **Nº CAT** |
| Sim | Não | Sim | Não |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Data:    /    /

Nome e CPF do Representante da Contratada:

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

Assinatura