



FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE ACIDENTE DE CONSUMO

Data: ___/___/___

Acidente de Consumo: todo acidente ou quase acidente provocado por um produto ou serviço, mesmo que lendo ou não as instruções em manual. **Faça seu registro aqui** e ajude a mapear essa realidade social que atinge tantos consumidores. Pode ter sido uma simples lesão como corte em embalagem até uma séria queimadura. **Registre aqui!**

Também online: www.ibametro.ba.gov.br **Email:** consumosegurobahia@gmail.com **facebook.com/consumosegurobahia**

DADOS DA VÍTIMA

Nome:

Cidade/Estado:

Sexo:

Idade:

Email:

Telefone:

Nível de escolaridade da vítima:

- Sem escolaridade
 1º grau completo / 2º grau incompleto
 2º grau completo / 3º grau incompleto
 3º grau completo
 Pós graduação

Descrição do produto ou serviço envolvido

Marca do produto/fabricante ou serviço prestado

Data do acidente

Descreva o acidente

Tipo de acidente ou lesão provocada

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Queimadura | <input type="checkbox"/> Queda |
| <input type="checkbox"/> Sufocação/engasgamento | <input type="checkbox"/> Queda de objetos sobre pessoa |
| <input type="checkbox"/> Corpo estranho | <input type="checkbox"/> Compressão dentro/entre objetos |
| <input type="checkbox"/> Choque contra objetos | <input type="checkbox"/> Ferimento por objeto perfurocortante |
| <input type="checkbox"/> Entorse (torção) | <input type="checkbox"/> Envenenamento/Intoxicação |
| <input type="checkbox"/> Afogamento | |
| <input type="checkbox"/> Outros _____ | |

Parte do corpo lesionada

A vítima necessitou de atendimento médico? SIM NÃO

Caso afirmativo, houve necessidade de se ausentar no trabalho? SIM NÃO