

QUADRO IV

DOENÇAS OCUPACIONAIS

DATA DO MAPA:

___/___/___

RESPONSÁVEL: _____

ASS.: _____

Tipo de Doença	Nº Absoluto de Casos	Setores de Atividade dos Portadores (*)	Nº Relativo de Casos (% Total Empregados)	Nº de Óbitos	Nº Trabalhadores Transferidos p/ Outro Setor	Nº de Trabalhadores Definitivamente Incapacitados

(*) Codificar no verso. Por exemplo: 1 – setor embalagens; 2- setor montagem.