

INVESTIGAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE

UNIDADE HOSPITALAR () BLOCO ADMINISTRATIVO () SEDE () TERCEIROS ()

EMPRESA RESPONSÁVEL: FUNDAÇÃO ESTADUAL DE INOVAÇÃO EM SAÚDE - INOVA CAPIXABA

LOCAL DE TRABALHO: HOSPITAL ANTONIO BEZERRA DE FARIA

Data do ocorrido: Data da Comunicação: Hora do Acidente:

Tipo de acidente investigado: TÍPICO () TRAJETO () INCIDENTE () MATRÍCULA:

Nome: Contato: Sexo: Admissão:

Registrou Boletim de Ocorrência: SIM () NÃO () N.A. () Número do B.O.:

Nome da(s) testemunha(s): Nº de Contato:

Endereço do acidentado:

CPF	Emissão	UF	PIS/PASEP	CTPS	Série	Emissão

Função	CBO	Escolaridade	Setor de Trabalho	Local do Acidente

H. Trabalhadas	Tempo na função	Estado Civil	Salário	Nome da Mãe:

Parte do corpo atingida	Dias Afastamento

Agente causador - Especificar Equipamento, ferramenta (tipo/modelo), meio ambiente.

Narrativa dos Fatos (Descrita de próprio punho pelo acidentado)

Area for narrative of facts.

O QUE VOCÊ FARIA PARA EVITAR ESSA OCORRÊNCIA?

Area for response to the question above.

Assinatura do colaborador

Assinatura e carimbo do SESMT

INVESTIGAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE

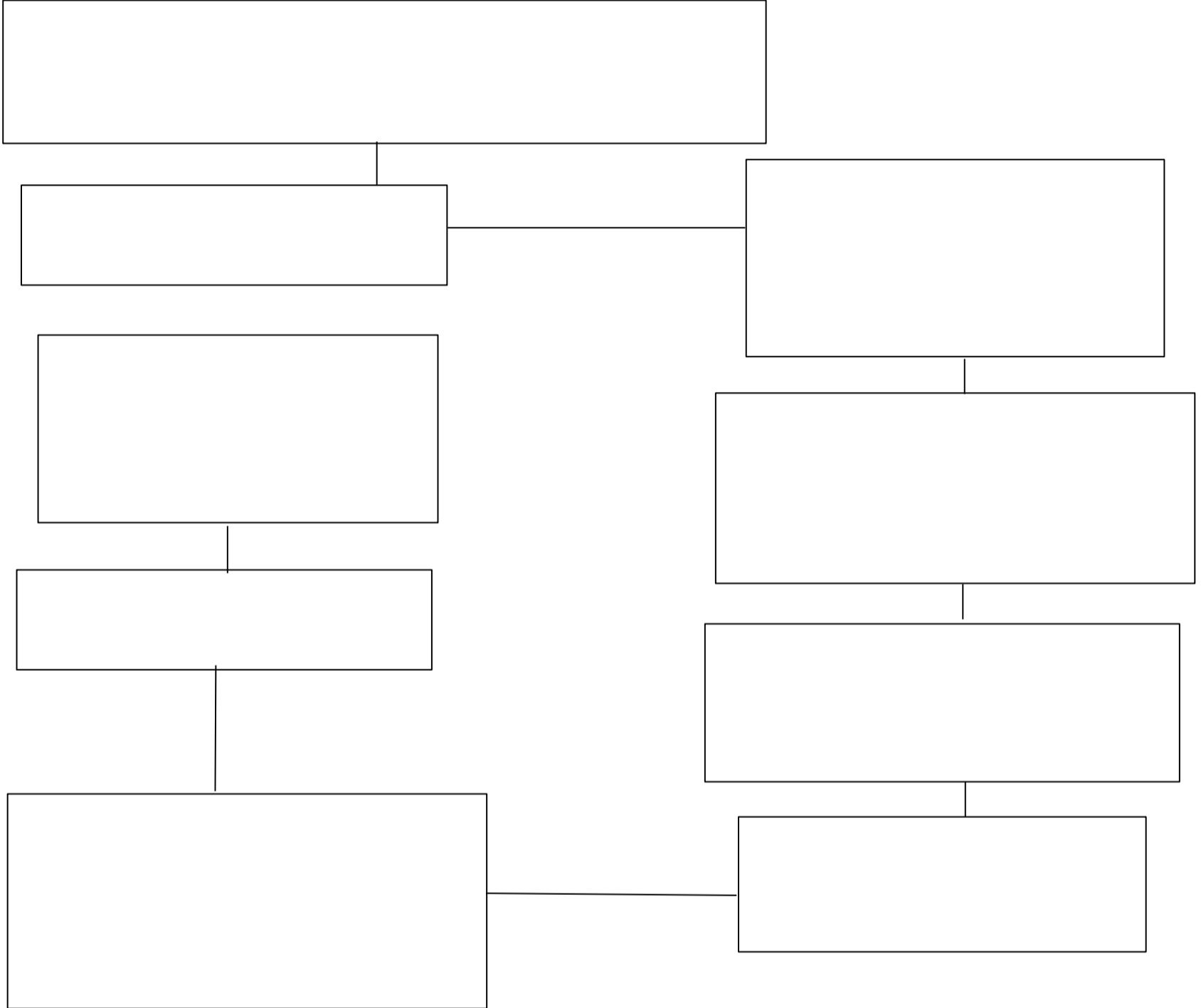
COLABORADOR:

Situações Contribuintes	Alternativas	Observações
Falta treinamento para a tarefa	()sim ()não ()N.A.	
Velocidade insegura	()sim ()não ()N.A.	
Postura inadequada	()sim ()não ()N.A.	
Desvio de atenção	()sim ()não ()N.A.	
Desvio do procedimento padrão	()sim ()não ()N.A.	
Desconhecia o procedimento padrão	()sim ()não ()N.A.	
Desconhecia os riscos	()sim ()não ()N.A.	
Pouca habilidade para a tarefa	()sim ()não ()N.A.	
Tentou ganhar tempo	()sim ()não ()N.A.	
Tentou evitar desconforto	()sim ()não ()N.A.	
Influência de emoções	()sim ()não ()N.A.	
Influência de fadiga/cansaço	()sim ()não ()N.A.	
Precisava de ajuda na tarefa	()sim ()não ()N.A.	
Influência de doença	()sim ()não ()N.A.	
Influência de outros fatores pessoais	()sim ()não ()N.A.	
Sinalização inadequada	()sim ()não ()N.A.	
Falha no dispositivo de segurança	()sim ()não ()N.A.	
Defeito no sistema de alerta	()sim ()não ()N.A.	
Movimento inesperado	()sim ()não ()N.A.	
Perfurocortantes em local inadequado	()sim ()não ()N.A.	
Falta de espaço para a tarefa	()sim ()não ()N.A.	
Equipamento com defeito	()sim ()não ()N.A.	
Piso escorregadio e ou buracos	()sim ()não ()N.A.	
Agulha possui dispositivo de segurança?	()sim ()não ()N.A.	
Falta de iluminação	()sim ()não ()N.A.	

Assinatura do colaborador	Assinatura e carimbo do SESMT

INVESTIGAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE
ÁRVORE DE CAUSAS - ACIDENTE DO TRABALHO

COLABORADOR:



INVESTIGAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE
REGISTROS FOTOGRÁFICOS

COLABORADOR:

INVESTIGAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE - RELATÓRIO FINAL

COLABORADOR(A):

ESSE ACIDENTE É CARACTERIZADO COMO ACIDENTE DE TRABALHO NA LEI 8.213/91? () SIM () NÃO

TÍPICO ()

“Acidente do trabalho é aquele que decorre do exercício profissional e que causa lesão corporal ou perturbação funcional que provoca a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho”, nos termos do artigo 19 da Lei 8.213/91.”

TRAJETO ()

Lei 8.213/91, Artigo 21, IV, “d”, equipara o acidente de trajeto ao acidente de trabalho:
Art. 21. Equiparam-se também ao acidente do trabalho, para efeitos desta Lei:
IV – o acidente sofrido pelo segurado ainda que fora do local e horário de trabalho:
d) no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado.

Nome da(s) testemunha(s):

Conclusão:

Recomendação para o colaborador:

Recomendação à gestão:

CARIMBOS E ASSINATURAS

COLABORADOR	MÉDICO DO TRABALHO	COORDENAÇÃO	SESMT