

ANEXO I - FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO

1. Tipo do agravo: () Acidente Típico do Trabalho () Acidente de Trajeto | () ABERTURA () REABERTURA

DADOS DO(A) SERVIDOR(A):

2. Nome:			3. Vínculo: () Celetista () Estatutário () CC () Estagiário () Contrato		
4. Idade:	5. Sexo: M() F()	6. Cargo:		7. Secretaria:	
8. Local de Trabalho:			9. Tempo na função:		10. Telefone:
11. Endereço:					

DADOS DO AGRAVO:

12. Data:	13. Hora	14. Houve lesão? ☐ Sim ☐ Não	15. Atendimento médico? ☐ Sim ☐ Não	16. Registro policial? ☐ Sim ☐ Não
17. Local do acidente:		18. Patrimônio Afetado? ☐ Sim ☐ Não	19. Valor:	20. Tipo:
21. Óbito? ☐ Sim ☐ Não	22.Utilizava EPI? ☐ Sim ☐ Não	23. Quais?	(Marcar com um X o local onde a lesão foi provocada) Descreva as partes:	
25. Horas trabalhadas na data da ocorrência:	26. Haverá necessidade de afastamento? ☐ Sim ☐ Não ☐ Talvez			
27. Descrição detalhada do acidente:				
28. Testemunhas – nome: a) b)		29. Testemunhas – cargo:		30. Testemunhas – telefone:

31. Tipo de lesão (natureza):
☐ Escoriação, abrasão; ☐ Contusão, esmagamento; ☐ Distensão, torção; ☐ Fratura; ☐ Queimadura; ☐ Choque elétrico; ☐ Lesão ocular; ☐ Traumatismo; ☐ Corte; ☐ Perfuro-cortantes; ☐ Tendinite; lombalgias, cefaleia; ☐ Hérnia de disco; ☐ Outras lesões:

32. Principal agente causador:
☐ Retroescavadeira, motoniveladeira etc; ☐ Prensa, serra, esmeril etc; ☐ Equipamentos de cozinha; ☐ Ferramentas manuais; ☐ Objeto perfuro-cortante; ☐ Pó, cavaco, serragem, etc; ☐ Equipamento eletrificado; ☐ Veículo, vias; ☐ Óleos, graxas, solventes etc; ☐ Produtos de limpeza; ☐ Tijolo, paralelepípedo, cano etc; ☐ Material biológico; ☐ Sucata, entulho resíduo; ☐ Outros:

33. Principal situação geradora:

() Ataque de ser vivo; () Choque elétrico; () Queda de pessoa; () Queda de objeto; () Temperatura alta/baixa, exposição a; () Ruído;
 () Aprisionamento em, sob ou entre; () Absorção/inalação ; () Atrito ou abrasão; () Impacto de pessoa contra objeto em movimento;
 () Outras:

33. **Causa:**

() Negligência; () Imprudência; () Falta de manutenção; () Pressa; () Sono; () Gambiarra; () Falta de organização no trabalho;
() Ausência de sinalização; () Piso deficiente; () Falta de EPI; () Falta de treinamento; () Outras:

34. Data preenchimento:	35. Auxiliar das informações:	36. Assinatura do servidor:
-------------------------	-------------------------------	-----------------------------



Procedimento Operacional Padrão - POP

Município de Venâncio Aires
Setor de Saúde e Segurança do Trabalho

Criação: 18/04/2016
Modificação: 22/05/2018
Versão: 4ª
Código: SST15

PREENCHIMENTO DO SERVIÇO MÉDICO OFICIAL: (NÃO PREENCHER)

37. Haverá necessidade de afastamento? () Sim () Não () Talvez Número de dias:		38. Nome do médico que assistiu de imediato: CRM:
39. CID 10:	40. Data da homologação:	41. Nexo causal: () Sim – causa necessária () Talvez () Sim – fator contributivo () Não – causa não necessária
42. Data início:	43. Data previsão de retorno:	
44. Necessita auxílio da Divisão de Psicologia? () Não () Sim, motivo: () definição do nexo causal () acompanhamento psicológico () Outro:		
45. Observações:		

ACOMPANHAMENTO: (NÃO PREENCHER)

46. Evolução do caso: () Cura () Incapacidade temporária () Incapacidade parcial () Incapacidade total () Óbito Em / /	
47. Observações:	
48. Parecer da CIPA: () Afastamento do agente de risco com mudança de função ou posto de trabalho () Afastamento do local de trabalho () Adoção de mudança na organização do trabalho () Adoção de proteção coletiva () Adoção de outra medida administrativa () Adoção de Proteção Individual () Nenhuma () Outros: Em / /	
49. Observações:	

ASSINATURAS:

50. Data chefia/secretário: / /		51. Data do atendimento do serviço médico oficial: / /
Assinatura Chefia Imediata	Assinatura Secretário	Assinatura e carimbo - Serviço Médico Oficial
52. Data do recebimento pelo RH: / /		NOTAS: PODERÁ RESPONDER PELAS SANSÕES PREVISTAS NA LEI MUNICIPAL Nº 3.072/2002 E CÓDIGO PENAL BRASILEIRO AQUELE QUE DECLARAR INFORMAÇÃO FALSA; O PREENCHIMENTO DESTE DOCUMENTO É OBRIGATÓRIO PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS; ANEXAR BOLETIM DE OCORRÊNCIA QUANDO HOUVER ACIDENTE DE TRÂNSITO. FICARÁ ASSEGURADO O EFETIVO DIREITO DE O SERVIDOR GOZAR DOS BENEFÍCIOS PREVISTOS EM LEI QUANDO CONSTATADO O NEXO CAUSAL ENTRE O ACIDENTE E O TRABALHO EXERCIDO.
Assinatura e carimbo do responsável do RH		

Esta FIAT deverá ser emitida em via única.

() Sistema | () RINA | () SINAN | () Prontuário