



CIPA GESTÃO ANO _____ / _____

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTE

HOSPITAL SÃO PAULO SPDM

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO DE FUNCIONÁRIO

TIPO: () Inicial / () Reabertura () Doença () Acidente de Trabalho () Percurso

Responsável pelas Informações: Registro: () Chefia Imediata / ()

CATEGORIA FUNCIONAL DO FUNCIONÁRIO:

() CLT () Comissionado () Jovem Aprendiz () Aposentado () Func. Com Acessibilidade
() Outros

TIPO DE ACIDENTE

() TÍPICO () ATO IMPRUDENTE
() TRAJETO () ATO INSEGURO

Servidor:

Data de Nasc: / /

Sexo: () Feminino () Masculino

Endereço (Rua/Av.)

Número:

CEP:

Município:

UF:

Tel:

Celular:

Lotação:

RF:

Local de Trabalho:

Andar _____

Houve Lesão? () Sim () Não

Houve Morte? () Sim () Não

Data do Acidente: ___/___/___

Hora Acidente: ___:___ h(s)

Afastou-se do Trabalho? () Sim () Não

Município do Acidente:

UF:

Último Dia Trabalhado:

/ /

Foi Feito a CAT

() Sim () Não

Boletim de Ocorrência?

() Sim () Não

Cargo:

Função Exercida:

Local do Acidente (Especificação):

Agente Causador do Acidente ou Doença:

Descrição da Situação Geradora do Acidente ou Doença:

Testemunha 1:

Telefone:

Cipeiro Responsável pela Investigação:

Telefone:

Responsável pelo Registro (Nome Completo por Extenso):

Assinatura

ATESTADO MÉDICO

Unidade de Atendimento Médico:

Data do Atendimento:

Horário:

/ /

__:__ h(s)

Descrição da(s) Lesão (s):

Houve Internação Hospitalar?

() SIM () NÃO

Formulário de Investigação pág.01/04

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTE

HOSPITAL SÃO PAULO SPDM

Natureza da Lesão:

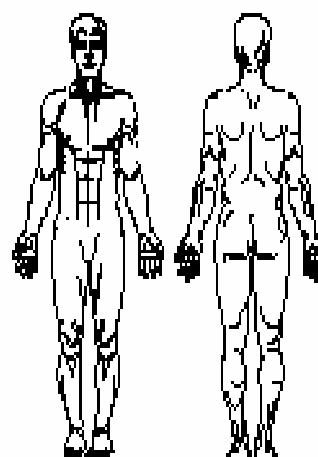
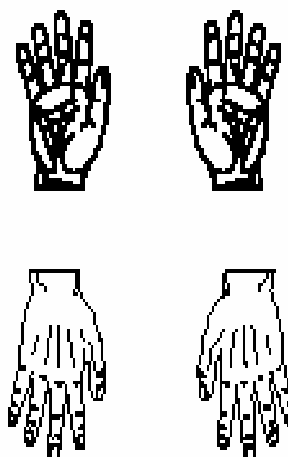
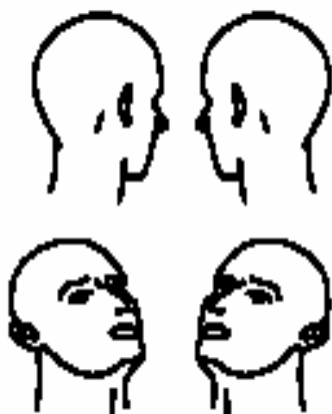
- | | | | |
|-----------------------|--------------------------------------|-------------------|----------------------------|
| 1. Fratura() | 7.Intoxicação() | 13.Abrasão() | |
| 2.Escoriações() | 8.Distensão() | 14.Amputação() | 18.Torção() |
| 3.Perfuração () | 9.Contusão() | 15.Entorse() | 19.Infl. da Articulação() |
| 4.luxação() | 10.Queimadura() | 16 Esmagamento() | 20.Outros() |
| 5.Ferimento Inciso() | 11.Radiação() | 17.Laceração() | |
| 6.Ferimento Corto() | 12.Fulguração (desc. Atmosférica)() | | |

OUTROS:

Descrição da parte do corpo atingida (PREENCHER TOTALMENTE):

O acidente ocorreu em que parte do CORPO

- | | | | |
|----------------|--------------------|---------------------|-------------------|
| 1. Mão () | 6. Dedo da Mão () | 11. Coxa () | 16. Tornozelo () |
| 2. Ombro () | 7. Punho () | 12. Joelho () | 17. Pé () |
| 3. Testa () | 8. Cotovelo () | 13. Perna () | 18.Coluna () |
| 4. Pescoço () | 9. Peito () | 14. Dedo do pé () | 19.Braço () |
| 5. Unhas () | 10. Barriga () | 15. Panturrilha () | 20.Antebraço () |



Obs. _____

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTE

HOSPITAL SÃO PAULO SPDM

ANALISE DAS CAUSAS DO ACIDENTE

Agentes da Lesão

1. Pisos escadas, andaimes, etc ()
2. Instalações elétricas ()
3. Ferramentas manuais ()
4. Ferramentas portáteis motorizadas ()
5. Transportadores - gravidade, correias, roletes ()
6. Empilhadeiras, veículos de carga ou passageiros (internos) ()
7. Equipamentos sob pressão ()
8. Exaustor, ventilador, etc ()
9. Maquinas ()
10. Material em processo ()
11. Aerodispersóides (poeira, vapor, etc.) ()
12. Produtos químicos ()
13. Radiações ()
14. Temperaturas extremas ()
15. Outros: ()

FALHAS TÉCNICAS ENCONTRADAS

1. Proteção deficiente ou inadequada nas maquinas()
2. Defeito na maquina ou no equipamento()
3. Espaço físico deficiente()
4. Localização inadequada()
5. Iluminação inadequada()
6. Armazenagem inadequada()
7. Maquina ou equipamento sem proteção()
8. Falta de EPI()
9. Falta de sinalização ()
10. Outros ()

ATOS INSEGUROS ENCONTRADOS

1. Não utilização do EPI.()
2. Neutralização ou retirada do dispositivo de segurança()
3. Utilização de ferramenta inadequada ou defeituosa()
4. Manipulação de carga incorreta()
5. Armazenamento contrário às normas de segurança()
6. Manipulação incorreta de produtos químicos()
7. Desobediência à sinalização()
8. Operação de empilhadeiras e afins sem habilitação ou autorização()
9. Brincadeira ou negligência()
10. Utilização de roupa inadequada (ou Pertences)()
11. Outros()

ACIDENTE - TIPO

1. Batida por() _____
2. Batida contra() _____
3. Prensagem entre() _____
4. Quedas de mesmo nível() _____
5. Quedas de nível elevado() _____
6. Quedas de objetos() _____
7. Contato com produtos químicos() _____
8. Contato com eletricidade() _____
9. Contato com temperaturas extremas () _____
10. Esforço excessivo ou de mau jeito () _____



CIPA GESTÃO ANO _____ / _____

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTE

HOSPITAL SÃO PAULO SPDM

Preencher em caso de Acidente de Trajeto. O acidente ocorreu no percurso: () da residência para o trabalho. () do trabalho para sua residência. () de ida para o local da refeição em intervalo de trabalho. () de volta do local de refeição em intervalo de trabalho. () outro:		
Houve Remoção por Serviço Especializado de Urgência (S.A.M.U./Bombeiros/Outros)? () Sim () Não	Data da Remoção: ____/____/____	Horário da Remoção: ____:____h(s)
Local de Assistência Médica do Servidor(a) - Especificar Hospital/Pronto Socorro/Posto de Saúde:	Horário do Atendimento: ____:____h(s)	
Descrição da(s) Situações/ Ocorrências/ Intercorrências Deslocamento/Remoção do Servidor (a) e do Atendimento Médico Assistencial: _____ _____ _____ _____ _____ _____	Houve Internação Hospitalar? () SIM () NÃO	
	Nome Completo do Médico(a) que Assistiu em imediato e CRM: _____ _____	
	Haverá necessidade de afastamento do Trabalho sob atestado Médico? () SIM () NÃO	
DESCRIÇÃO DAS CAUSAS, CONDIÇÕES E OU AGENTES QUE CONTRIBUÍRAM PARA A OCORRÊNCIA DO ACIDENTE: _____ _____ _____		
MEDIDAS PREVENTIVAS A SEREM ADOTADAS: _____ _____ _____		
Responsável pelas Informações (Nome Completo por Extenso): _____		
Local e Data:	Assinatura do Responsável pelas Informações	
A DESCRIÇÃO/INVESTIGAÇÃO DO ACIDENTE DE TRABALHO É OBRIGATÓRIA, MESMO NOS CASOS EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO! É INDISPENSÁVEL PARA O REGISTRO DO ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO E DE TRAJETO! ANEXAR BOLETIM DE OCORRÊNCIA QUANDO HOVER!		

Formulário de Investigação pág.04/04