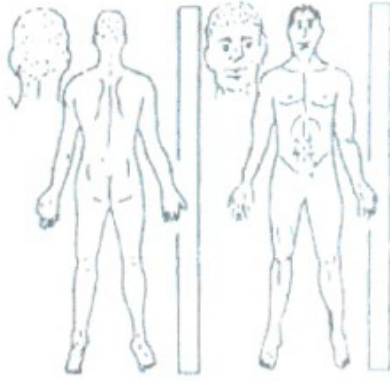


## FICHA DE ANÁLISE DE ACIDENTE

<b>COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE</b> <b>(Preenchido pela chefia imediata do Acidentado)</b>	<p>Nome do Acidentado _____ Idade: _____</p> <p>Estado Civil: _____ Função: _____ Setor e Localização: _____</p> <p>Horário de Trabalho: _____ Turno Das: às _____</p> <p>Data de Admissão: _____ Tempo na Função _____</p> <p>Descrição do Acidente (detalhamento completo, inclusive horário e local):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Testemunha (Nome): _____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>Já ocorreram acidentes semelhantes neste setor? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Foram tomadas medidas preventivas para evitá-los? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Quais?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Data:    /    /                      Assinatura da Chefia: _____</p> <p style="text-align: right;"><b>(Carimbo)</b></p>
<b>INVESTIGAÇÃO DO ACIDENTE</b>	<p>Operação que executava quando ocorreu o acidente.: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Agente causador da Lesão: _____</p> <p>Quem determinou ou autorizou o serviço? _____</p> <p>Foi orientado pela chefia imediata para a realização do serviço? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Instruções de Segurança: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Específica</p> <p>Fornecido por: _____</p> <p>Sofreu acidente anterior? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Com afastamento <input type="checkbox"/> Sem afastamento</p> <p>____Quantos?</p> <p>Utilizava EPI? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quais deveriam: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Ato Inseguro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não      Especificar: _____</p> <p>Condição Insegura? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não      Especificar.: _____</p> <p>Existia Proteção Coletiva? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não      Especificar.: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Medidas Preventivas adotadas/ou a serem dotadas: _____</p> <p>Assinatura dos Investigadores _____</p> <p style="text-align: right;"><b>(Carimbo)</b></p>

<p><b>LOCALIZAÇÃO/NATUREZA DA LESÃO</b> (Médico Assistencialista)</p>	 <p>Parte do Corpo Atingida _____ Diagnóstico. _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____</p> <p>Assinatura do Médico _____ <b>(Carimbo)</b></p> <p>CRM: _____ CID - _____</p>
<p><b>SEGURANÇA DO TRABALHO</b> ( Investigação com o Acidentado)</p>	<p>Danos Matérias: . _____ _____</p> <p>Informações prestadas pelo acidentado.: _____ _____ _____</p> <p>Testemunha Nome.: _____ Assinatura _____</p>
<p><b>MEDICINA DO TRABALHO</b></p>	<p><b>Atendimento prestado por.:</b> ( ) Equipe de Enfermagem; ( ) Equipe Médica; ( ) Equipe Socorrista Ambulância; ( ) Brigadista; ( ) Outros ( especificar ) _____;</p> <p>Encaminhado para atendimento externo ( ) Sim ( ) Não; Veículo de Transporte ambulância ( ) Sim ( ) Não; Especificar _____ Tempo de Afastamento _____ dias Fazer Exame de retorno ao trabalho ( ) Sim ( ) Não Teve alta médica do médico assistencial ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>Conduta Médica.:</b> ( ) Apto para exercer suas funções; ( ) Inapto até ____/____/____ retornando para reavaliação em ____/____/____</p> <p>Compareceu ao serviço Médico do Trabalho? ____ Sim ____ Não Diagnóstico.</p> <p><b>Obs.: O funcionário com afastamento igual ou superior a 30 dias, deverá realizar exame de retorno ao trabalho com emissão do ASO conforme NR-7;</b></p>
<p>Técnico em Segurança _____ Médico Trabalho _____ Eng de Seg Trabalho _____ Chefe Setor _____</p>	