FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE OU INCIDENTE DE TRABALHO

2.Categoria Funcional Do Servidor: ( ) Efetivo / ( ) Cargo em Comissão / ( ) Terceiro

3. ( ) TÍPICO
( ) TRAJETO

4. Funcionário :

5. Matrícula:

6. Data de Nascimento:

7. Sexo:
( ) Feminino ( ) Masculino

8. Endereço (Rua/Av./Nº/Comp.):

9. Bairro:

10.Município:

11.UF:

12. CEP:

13. Telefones:

14.

15. RG:

16. UF:

17. Local de Trabalho:

18. Data da ocorrência:

19. Hora da ocorrência:

20. Houve Lesão Aparente?
( ) Sim ( ) Não

21 . Houve afastamento do trabalho?
( ) Sim ( ) Não

22. Houve Morte?
( ) Sim ( ) Não

23. Último Dia Trabalhado:

24. Horas Trabalhadas:

25. Município da ocorrência:

26. UF:

27. Boletim de Ocorrência?
( ) Sim ( ) Não

28. Cargo:

29. Função Exercida:

30. Tempo na Função:

31. Já sofreu Acidente de Trabalho nesta função: ( ) Sim ( ) Não

32. Local da ocorrência (Especificação):

33. Agente Causador da ocorrência:

34. Descrição da Situação Geradora da ocorrência:

35. Trabalho Executado na Ocasião da ocorrência:

36. Sobre as Proteções Coletivas:

37. Uso de Equipamentos de Proteção Individual:

38. Possui Treinamento Funcional/ operacional/ preventivo para o desempenho da função, conforme a Portaria 3.214/1978 do MTE?

39. Testemunha:	40. Telefone:

41. Descrição da parte do corpo atingida :

42. **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.

43. Houve Remoção (S.A.M.U./Bombeiros/Outros)? ( ) Sim ( ) Não	44. Data da Remoção:	45. Horário da Remoção:

46. Local de Assistência Médica do Servidor(a) – Especificar Hospital/Pronto Socorro/Posto de Saúde:	47. Horário do Atendimento:

48. Descrição da(s) Situações/ Ocorrências/ Intercorrências do Deslocamento/Remoção do Servidor (a) e do Atendimento Médico Assistencial:

49. Houve Internação Hospitalar? ( )SIM ( )NÃO	50. Nome Completo do Médico(a) :	51. CRM:

52. Haverá necessidade de afastamento do Trabalho Sob Atestado Médico? Quanto tempo? ( )SIM ( )NÃO

53. Caracterização da ocorrência:

( ) ACIDENTE DE TRABALHO ( )INCIDENTE DE TRABALHO

54. Medidas Preventivas a serem implantadas:

MEDIDA PREVENTIVA	SETOR RESPONSÁVEL

54. Responsável pelo preenchimento:	55. Matrícula:

56. Local e Data:

Os assinantes declaram ciência e providência sobre os fatos relatados nesta ficha.

_____	_____
Servidor	Técnico de Segurança do Trabalho
_____	_____
Chefia imediata	Direção-Geral do Campus