



Ministério da Educação  
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica  
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Catarinense  
Coordenação de Saúde, Qualidade de Vida e Segurança do Trabalho

**FICHA DE DESCRIÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO**

1. Responsável pelas Informações/Emissão:  CIPA /  SIASS/Segurança do 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 do Acidente:

19. Hora do Acidente:

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 do Acidente:

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 do Acidente (Especificação):

33. Agente Causador do Acidente:

34. Descrição da Situação Geradora do Acidente:

35. Trabalho Executado na Ocasão do Acidente:



Ministério da Educação  
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica  
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Catarinense  
Coordenação de Saúde, Qualidade de Vida e Segurança do Trabalho

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. <b>Preencher em caso de Acidente de Trajeto.</b> O acidente ocorreu no percurso: <input type="checkbox"/> da residência para o trabalho. <input type="checkbox"/> do trabalho para sua residência. <input type="checkbox"/> de ida para o local da refeição em intervalo de trabalho <input type="checkbox"/> de volta do local de refeição em intervalo de trabalho.		
43. Houve Remoção (S.A.M.U./Bombeiros/Outros)? <input type="checkbox"/> Sim ( <input type="checkbox"/> Não)	44. Data da Remoção: <input type="text"/>	45. Horário da Remoção: <input type="text"/>
46. Local de Assistência Médica do Servidor(a) – Especificar Hospital/Pronto Socorro/Posto de Saúde: <input type="text"/>		47. Horário do Atendimento: <input type="text"/>
48. Descrição da(s) Situações/ Ocorrências/ Intercorrências do Deslocamento/Remoção do Servidor (a) e do Atendimento Médico Assistencial: <input type="text"/>		
49. Houve Internação Hospitalar? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	50. Nome Completo do Médico(a) : <input type="text"/>	51. CRM: <input type="text"/>
52. Haverá necessidade de afastamento do Trabalho Sob Atestado Médico? Quanto tempo? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="text"/>		
53. Medidas Preventivas a serem Implantadas:		Setor Responsável:
<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>
54 Caracterização da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho		<input type="checkbox"/> Incidente de Trabalho
55 Responsável pelo preenchimento: <input type="text"/>		56 Matrícula: <input type="text"/>
57 Local e Data: <input type="text"/>		

Os assinantes declaram ciência e providencias sobre os fatos relatados nessa ficha.

\_\_\_\_\_  
Servidor

\_\_\_\_\_  
Técnico em Segurança do trabalho

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata

\_\_\_\_\_  
Direção Geral