**Modelo de Relatório de Acidente de Trabalho**

A equipe de investigação de acidente de trabalho deve estar atenta para não fazer julgamento preliminar do trabalhador acidentado ou de outros envolvidos no acidente, diante dos fatos que lhes serão apresentados durante a entrevista. Deve esclarecer que não estão lá para punir ou apontar um culpado pelo acidente e sim para esclarecer as causas do acidente e contribuir para que novos acidentes não venham a acontecer. Ressaltar a importância da colaboração de todos no fornecimento de informações sobre o acidente, pois, por meio do conhecimento dos riscos será possível implantar medidas de prevenção que poderão propiciar segurança no local de trabalho.

O objetivo da equipe de investigação é de descrever fatos que forem apresentados, discutir as implicações do acidente de trabalho sobre a prevenção, identificar os aspectos organizacionais do trabalho e a concepção dos equipamentos; fatores que podem indicar caminhos para a melhoria da saúde dos trabalhadores e segurança durante as atividades laborais.

Podem ser usadas como instrumentos auxiliares na investigação: entrevista com trabalhadores e empregadores, análise de documentos, fotografias, filmagens, observação e estudo da situação do trabalho por meio de visitas ao local/empresa onde ocorreu o acidente, conforme a necessidade e aplicabilidade.

**NOTA:** Os relatórios de investigação de acidentes graves e fatais deverão ser encaminhados para o CEREST Estadual pelo endereço eletrônico: cvistms@gmail.com aos cuidados de Sirlon.

|  |
| --- |
| **I - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA** |
| **Terceirizada** | ( ) Sim ( ) Não Caso seja terceirizada identificar, também a contratante |
| **Razão Social:** |  |
| **CNPJ** |  | **Número de Funcionários** |  |
| **Ramo de Atividade** |  | **CNAE** |  |
| **Endereço** |  | **Número** |  |
| **Bairro** |  | **CEP** |  |
| **Município** |  | **Telefone** |  |

|  |
| --- |
| **II – IDENTIFICAÇÃO DO(S) ACIDENTADO(S)**  |
| **Nome** |
| **Doc.de Identidade** |  | **CPF** |  |
| **Estado Civil** |  | **Escolaridade** |  |
| **Data de Nascimento** |  | **Sexo** |  |
| **Ocupação** |  | **Idade** |  |
| **Data de Admissão** |  | **Tempo na função** |  |
| **Endereço** |  | **Número** |  |
| **Bairro** |  | **CEP** |  |
| **Município** |  | **Telefone** |  |

|  |
| --- |
| **II – DADOS SOBRE O ACIDENTE** |
| **Tipo** | ( ) Grave ( ) Fatal ( ) Com crianças e adolescente |
| **Número de Acidentados** |  | **Data** |  | **Hora** |  |
| **Local/ Setor da empresa**  |  | **Após quantas horas trabalhadas** |  |
| **Houve atendimento médico**( ) Sim ( ) Não | **O atendimento foi de caráter emergencial**( ) Sim ( ) Não | **Serviço de Saúde de Atendimento** |  |
| **Natureza da Lesão**( ) Contusão ( ) Fratura ( ) Queimadura ( ) Ferimentos( ) Cortantes ( ) Amputação ( ) Outro, citar  | **Causa do óbito no caso de Acidente Fatal:**  |  |
| **Processo de trabalho** |
| **O acidentado sofreu acidente de trabalho nos últimos 6 meses**( ) Sim ( ) Não | **Outros trabalhadores já sofreram acidentes na empresa e ou no setor**( ) Sim ( ) Não |
| **Houve treinamento para o acidentado**( ) Sim ( ) Não | **Houve atualização do treinamento**( ) Sim ( ) Não | **Frequência de atualização do treinamento** |  |
| **Possui Ordem de Serviço**( ) Sim ( ) Não | **Possui PPRA** ( ) Sim ( ) Não | **Havia o uso de EPI** ( ) Sim ( ) Não |
| **Há metas ou exigências de produção**( ) Sim ( ) Não | **Existe a comunicação/identificação dos riscos da atividade**( ) Sim ( ) Não |

|  |
| --- |
| **III - DESCRIÇÃO DO LOCAL DO ACIDENTE (INCLUIR FOTOS, FILMES, ESQUEMAS)** |
|  |

|  |
| --- |
| **IV – DESCRIÇÃO DETALHADA DO ACIDENTE** |
|  |

|  |
| --- |
| **V - PROCEDIMENTO** |
| Órgão/Entidades envolvidos: |
| Equipe: |
| Procedimentos Administrativos: |
| Data e Hora da Ação: |

|  |
| --- |
| **VI – CONCLUSÃO** |
|  |