



Tipo de Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SSOST.007 – Página 1/20	
Título do Documento	ACIDENTE DE TRABALHO	Emissão: 08/12/2022	Próxima Revisão: 08/12/2024
		Versão:01	

1. OBJETIVO(S)

Definir os procedimentos a serem adotados quando ocorrer acidentes de trabalho ou doença ocupacional nos Hospitais Universitários Federais da Rede EBSERH, sob responsabilidade das Unidades de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho – USOST.

2. MATERIAL

- I. Relatório de Investigação de Acidente do Trabalho – RIAT (Anexo I), disponível em: [Sistema MENTORH](#): Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho > Segurança do Trabalho > RIAT > RIAT (para empregados EBSERH). Disponível no Anexo II, para os demais integrantes da população fixa do HU.
- II. Comunicação de Acidente do Trabalho – CAT (emitida para empregados EBSERH), disponível em: [Sistema MENTORH](#): Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho > Segurança do Trabalho > RIAT > RIAT (Última aba). Responsável pela emissão: equipe de segurança do trabalho da USOST.
- III. Comunicação de Acidente do Trabalho no Serviço Público – CAT-SP (emitida para servidores regidos pelo Regime Jurídico Único – RJU, no Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS, disponível em: <https://www2.siapenet.gov.br/saude/portal/public/index.xhtml>. Responsável pela emissão: Servidor RJU com acesso ao SIASS.
- IV. Fichas de notificação compulsória (SINAN) (Anexos III e IV).

3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

3.1. Conceitos:

- I. **Acidente de trabalho ou de trajeto:** é o acidente ocorrido no exercício da atividade profissional a serviço da empresa ou no deslocamento residência / trabalho / residência, e que provoque lesão corporal ou perturbação funcional que cause a perda ou redução – permanente ou temporária – da capacidade para o trabalho ou, em último caso, a morte.
- II. **Doença ocupacional:** é aquela produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social.

Atribuição: A Comunicação de Acidente de Trabalho dos empregados EBSERH deverá ser

Tipo de Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SSOST.007 – Página 2/20	
Título do Documento	ACIDENTE DE TRABALHO	Emissão: 08/12/2022	Próxima Revisão: 08/12/2024
		Versão:01	

feita pela equipe de segurança do Trabalho da USOST/SSOST.

3.2. Acidente de Trabalho Típico

É o acidente que ocorre na execução do trabalho. Acidente sofrido pelo empregado no exercício do trabalho, excetuando-se os casos de trajeto.

Poderá ser com exposição a material biológico ou não. Em caso de exposição a material biológico, deverá ser levado em consideração o conhecimento da fonte: 1) fonte comprovadamente infectada; 2) fonte exposta à situação de risco; 3) fonte desconhecida, material biológico sem origem estabelecida; e o estabelecido no POP ou Protocolo de Acidente com Material Biológico.

Na ocorrência de acidente de trabalho típico, nas dependências do HU, o(a) trabalhador(a) acidentado(a) ou qualquer trabalhador(a) que testemunhe o acidente deverá comunicar a chefia imediata, para as devidas providências, conforme estabelecido no Fluxo de Acidente Típico.

É de responsabilidade da chefia imediata encaminhar o(a) trabalhador (a) para primeiro atendimento médico no próprio HU, quando este acidente de trabalho ocorrer dentro do Hospital. Caso, o acidente tenha acontecido fora dos limites da empresa e o trabalhador (a) envolvido necessitar de atendimento médico-hospitalar, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU do Sistema Único de Saúde – SUS telefone 192, ou o Corpo de Bombeiros, telefone 193, deverá ser acionado

Após atendimento médico, o(a) trabalhador(a) deverá comparecer à USOST em até 24 (vinte e quatro) horas úteis a contar da data do acidente para atendimento e elaboração de RIAT e emissão de CAT, se empregado EBSERH, pela equipe de segurança do trabalho da USOST. Em caso de servidor RJU, a RIAT será encaminhada para abertura de CAT – SP por servidor RJU com acesso ao SIASS. Em caso de residentes, estagiários, aprendizes, estudantes será elaborada RIAT porém não será emitida CAT. Em caso de terceirizados CLT, a RIAT e a CAT serão de responsabilidade da própria terceirizada, cabendo à equipe de segurança da USOST fornecer o Anexo II e solicitar cópia da CAT.

Se na ocorrência do acidente de trabalho típico o(a) trabalhador(a) tiver sido exposto a material biológico, deverá ser seguido os procedimentos estabelecidos no POP – Acidentes com exposição à material biológico.

3.3. Acidente de Trabalho de Trajeto

É o acidente ocorrido no deslocamento residência/trabalho/residência ou trabalho/trabalho (vínculos ou locais de trabalho diferentes), qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do(a) empregado(a)/servidor(a), desde que não haja interrupção ou alteração de percurso por motivo alheio ao trabalho.

Na ocorrência de acidente de trabalho de trajeto, se o(a) trabalhador(a) acidentado(a) necessitar de atendimento médico-hospitalar, deverá ser acionado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU (telefone 192) ou o Corpo de Bombeiros (telefone 193). Se não necessitar de atendimento deverá registrar Boletim de Ocorrência. A cópia do boletim de



Tipo de Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SSOST.007 – Página 3/20	
Título do Documento	ACIDENTE DE TRABALHO	Emissão: 08/12/2022	Próxima Revisão: 08/12/2024
		Versão:01	

ocorrência Policial ou do Corpo de Bombeiros, ou o registro do atendimento médico hospitalar com referência ao acidente é imprescindível para preenchimento de RIAT e abertura de CAT.

O(A) trabalhador(a) deverá comparecer à USOST em até 24 (vinte e quatro) horas úteis a contar da data do acidente com algum dos documentos listados no parágrafo anterior, para atendimento e elaboração de RIAT e emissão de CAT, se empregado EBSERH, pela equipe de segurança do trabalho da USOST. Em caso de servidor RJU, a RIAT será encaminhada para abertura de CAT – SP por servidor RJU com acesso ao SIASS. Em caso de residentes, estagiários, aprendizes, estudantes será elaborada RIAT porém não será emitida CAT. Em caso de terceirizados CLT, a RIAT e a CAT serão de responsabilidade da própria terceirizada, cabendo à equipe de segurança da USOST fornecer o Anexo II e solicitar cópia da CAT.

3.4. Acidente de Trabalho Fatal

É aquele que leva o trabalhador a óbito imediatamente após sua ocorrência ou que venha a ocorrer posteriormente, a qualquer momento, em ambiente hospitalar ou não, desde que a causa básica, intermediária ou imediata da morte seja decorrente do acidente.

Em caso de acidente fatal, a USOST comunicará, de imediato, à autoridade policial competente e ao órgão regional do Ministério do Trabalho e Previdência, e a equipe de segurança do trabalho emitirá a respectiva CAT de óbito, se empregado(a) EBSERH. Também deverá isolar os locais diretamente relacionados ao acidente, mantendo suas características até sua liberação pela autoridade policial competente e pelo órgão regional do Ministério do Trabalho e Previdência.

Haverá comunicação à Divisão de Gestão de Pessoas e à Superintendência, para procedimentos cabíveis.

Em caso de acidente fatal de trabalhadores(as) terceirizados(as) o preposto da empresa contratada deverá ser comunicado pelo fiscal de contrato e a referida empresa deverá acompanhar todo o processo de investigação policial no HU e na delegacia e a emissão da respectiva CAT.

3.5. Doença Ocupacional

Poderá ser Doença Profissional, que é a doença produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e Previdência; ou Doença do Trabalho, que é a doença adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e Previdência.

As investigações de doença ocupacional serão realizadas pela USOST, sempre que houver suspeita de nexos causal seja pelo(a) empregado(a), seja pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, seja pela sua chefia ou pela própria medicina do trabalho. O estabelecimento do nexos causal no HU é privativo de Médico(a) do Trabalho. Deverão ser observados os vínculos jurídicos para prosseguimento da investigação, sendo que os Médicos(as) do Trabalho EBSERH



Tipo de Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SSOST.007 – Página 4/20	
Título do Documento	ACIDENTE DE TRABALHO	Emissão: 08/12/2022	Próxima Revisão: 08/12/2024
		Versão:01	

investigarão as suspeitas de doença ocupacional de empregados EBSERH (efetivos, temporários ou cedidos).

Todo empregado(a) suspeito de doença ocupacional deverá informar imediatamente por telefone ou e-mail à USOST para fins de investigação e registro. O(A) médico(a) do trabalho deverá realizar anamnese e exame clínico do(a) paciente além de solicitar parecer de especialista e realização de exames complementares conforme a necessidade.

Deverá ser realizada obrigatoriamente visita ao posto de trabalho para avaliação das condições de trabalho e das atividades realizadas e, quando necessária, entrevista com a chefia ou colegas para fins de estabelecimento denexo causal. Havendo o estabelecimento do nexocausal pela medicina do trabalho, a equipe de segurança do trabalho realizará abertura de CAT, devendo permanecer uma via em anexo ao prontuário e outra encaminhada ao(à) empregado(a).

Durante a investigação clínica, caso o(a) Médico(a) do Trabalho ou Médico(a) Assistente verifique presença de impossibilidade temporária para o exercício das funções do cargo por motivo de doença ou acidente que tenha relação com o exercício de suas funções, ele(a) deverá afastar o(a) empregado(a) por meio de atestado médico e, caso a incapacidade ultrapasse 15 (quinze) dias de afastamento, o(a) empregado(a) será encaminhado ao INSS devendo agendar a perícia no órgão para fins de recebimento de auxílio previdenciário. O(a) empregado(a) deverá ser convocado(a) à USOST para fins de acompanhamento e registro.

3.6. Orientações Finais

Quando ocorrer acidente de trabalho típico com material biológico, a comunicação deverá seguir os procedimentos estabelecidos no *POP – Acidentes com exposição à material biológico*.

Na ocorrência de licenças médicas para tratamento de saúde, os períodos de afastamento devem ser cadastrados, pela equipe de saúde ocupacional da USOST, no Sistema de Gestão de Pessoas – SIGP.

Em todos os acidentes de trabalho, a equipe de Segurança do Trabalho da USOST deverá realizar a coleta de dados para investigação das causas do acidente ocorrido e preencher o Relatório de Investigação de Acidentes do Trabalho – RIAT (exceto para terceirizados, que deverá ser preenchido pela própria terceirizada).

Se o(a) trabalhador(a) acidentado(a) for servidor público (cedido ou não), a RIAT deverá ser encaminhada para o órgão de origem, para que os responsáveis com acesso ao SIASS possam registrar a CAT-SP.

Se o(a) trabalhador(a) acidentado(a) for empregado público (efetivo, temporário ou comissionado) do quadro de pessoal da EBSERH, a equipe de Segurança do Trabalho da USOST deverá realizar o registro e emissão da CAT via Sistema MENTORH.

A CAT deve ser emitida com ou sem afastamento para tratamento da saúde, desde que seja comprovado o acidente.

A CAT deverá ser emitida em duas vias, devendo uma via ser arquivada no prontuário médico do(a) empregado(a) e a outra entregue ao empregado(a) acidentado(a).

Com o objetivo de prevenir a reincidência de acidentes de trabalho semelhantes, a USOST,



Tipo de Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SSOST.007 – Página 5/20	
Título do Documento	ACIDENTE DE TRABALHO	Emissão: 08/12/2022	Próxima Revisão: 08/12/2024
		Versão:01	

em conjunto com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e com a Chefia Imediata do(a) acidentado(a) deverão elaborar Plano de Ação no preenchimento da RIAT, a ser implementado em conjunto com os(as) envolvidos(as).

Para os acidentes de trabalho graves ou fatais e acidentes com material biológico deverá ser emitida a ficha de notificação do SINAN, que será encaminhada ao Setor/Unidade de Vigilância em Saúde do HU para comunicação à Secretaria de Saúde do município, com prazo de notificação de até 24 horas, conforme previsto no anexo da Portaria Nº 1.271, de 6 de junho de 2014.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	08/12/2022	Emissão

5. REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA. Lei nº 8.213/91 – “Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências”.

Elaborador Hosaías Alves dos Prazeres Silva/ Engenheiro de Segurança do Trabalho Ludmila Nascimento Sousa/Engenheira de Segurança do Trabalho	
Validação e Aprovação Camila Alves Barbosa/ Coordenadoria de Administração de Pessoal	



Tipo de Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SSOST.007 – Página 6/20	
Título do Documento	ACIDENTE DE TRABALHO	Emissão: 08/12/2022	Próxima Revisão: 08/12/2024
		Versão:01	

ANEXO I - Relatório de Investigação de Acidente do Trabalho – RIAT e Comunicação de Acidente do Trabalho – CAT para empregados EBSEH

RIAT - Relatório de Investigação de Acidente do Trabalho
[Incluir] [Alterar] [Consultar] [Excluir] [Imprimir] [Gerar]

Código: 100000000 Unidade: Ebserrh-Sede
Matrícula: Nome:

#	Data do Acidente	Matrícula	Nome	Lotação
---	------------------	-----------	------	---------

Incluir RIAT - Relatório de Investigação de Acidente do Trabalho

Identificação | Investigação | Atestado | Conclusão | CAT

Código:

Dados do Empregado Acidentado

Matrícula: Nome: Idade: Sexo:

Lotação: Cargo:

Unidade:

Dados da Ocorrência

Registro Policial: Nº do Registro: Data do Acidente: Hora do Acidente: Data CAT: Após quantas horas trabalhando:

Sim: Não:

Acidentes Anteriores: Tempo de Serviço (Na Empresa): Tempo de Serviço (Na Função):

Sim: Não:

LOCAL DO ACIDENTE

Tipo de Local: Tipo de Inscrição: Número de Inscrição:

Local do acidente: Especificação do local:

CEP: Tipo de Logradouro: Logradouro: Número:

Complemento: Bairro/Distrito:

Município: UF: País:

Classificação do Acidente

Incidente / Quase Acidente

Tipo de Lesão: Tipo do Acidente: Tipo de Dano Material:

Nível da Gravidade da Ocorrência: Tipo de Gravidade:

Nível de Gravidade	Tipo de Gravidade	Ação
	Nenhum registro	

Descrição do Acidente/Incidente e Consequências (Lesões, Danos Materiais, Outras Informações):

Em caso de perfurações ou cortes com materiais contaminados, o colaborador recebeu medicação e fez exames de teste rápido? Se a resposta for positiva, descrever qual medicação e quais exames foram feitos.

Salvar Emitir CAT Imprimir CAT Limpar Fechar



SERVIÇO DE SAÚDE OCUPACIONAL E SEGURANÇA DO TRABALHO
COORDENADORIA DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS



Tipo de Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SSOST.007 – Página 7/20	
Título do Documento	ACIDENTE DE TRABALHO	Emissão: 08/12/2022	Próxima Revisão: 08/12/2024
		Versão:01	

Identificação | **Investigação** | Atestado | Conclusão | CAT

Investigação e Análise do Acidente

Grupo: Item do Grupo

Grupo de Investigação e Análise do Acidente	Item do Grupo	Ação
Nenhum registro		

Observações:

Salvar Emitir CAT Imprimir CAT Limpar Fechar

Identificação | Investigação | **Atestado** | Conclusão | CAT

INFORMAÇÕES DO ATESTADO MÉDICO

ATENDIMENTO

Data: Hora: Houve Internação: Sim Não Provável duração do tratamento (dias): Afastamento durante o tratamento: Sim Não

LESÃO

Código: Lesão:

Descrição Complementar da lesão:

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico:

CID-10: Local: Data:

Nome Médico/Dentista: Órgão de classe: N° de Inscrição: UF:

Observações:



Tipo de Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SSOST.007 – Página 8/20	
Título do Documento	ACIDENTE DE TRABALHO	Emissão: 08/12/2022	Próxima Revisão: 08/12/2024
		Versão:01	

Identificação | Investigação | Atestado | Conclusão | **CAT**

Plano de Ação

Matrícula: ... Responsável: Setor/Lotação: Prazo:

Ação:

Setor/Lotação	Responsável	Prazo	Ação
Nenhum registro			

Responsável Imediato do Colaborador

Matrícula: ... Nome:

SOST

Matrícula: ... Nome:

Colaborador Envolvido

Matrícula: ... Nome:

Parecer CIPA

Matrícula: ... Nome:

Parecer da CIPA sobre o acidente:

Salvar Emitir CAT Imprimir CAT Limpar Fechar



SERVIÇO DE SAÚDE OCUPACIONAL E SEGURANÇA DO TRABALHO
COORDENADORIA DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS



Tipo de Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SSOST.007 – Página 9/20	
Título do Documento	ACIDENTE DE TRABALHO	Emissão: 08/12/2022	Próxima Revisão: 08/12/2024
		Versão:01	

Identificação	Investigação	Atestado	Conclusão	CAT		
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO						
Emitente:		Tipo de CAT:		Iniciativa de CAT:		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Número do recibo no eSocial (Número da CAT):		Fonte do Cadastro:				
<input type="text"/>		eSocial: <input type="radio"/> Cat/Webr: <input type="radio"/>				
EMITENTE						
Razão Social / Nome:			Número de inscrição:			
<input type="text"/>			<input type="text"/>			
CNAE:		Tipo:				
<input type="text"/>		CNPJ: <input type="radio"/> CPF: <input type="radio"/> CAEPF: <input type="radio"/> CND: <input type="radio"/>				
ACIDENTADO						
Matrícula:	Nome:	CPF:	Estado Civil:	Data de Nascimento:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
CBO:	Filiação e Previdência Social:		Sexo:	Áreas:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		Masculino: <input checked="" type="radio"/> Feminino: <input type="radio"/>	Urbana: <input type="radio"/> Rural: <input type="radio"/>		
ACIDENTE OU DOENÇA						
Data:	Hora:	Horas trabalhadas:	Tipo:	Houve afastamento:	Lateralidade da parte do corpo atingida:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sim: <input type="radio"/> Não: <input checked="" type="radio"/>	Não aplicável: <input type="radio"/> Esquerda: <input type="radio"/> Direita: <input type="radio"/> Ambas: <input type="radio"/>	
Último dia trabalhado:	Parte do corpo atingida:					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Agente causador - Acidente de Trabalho:						
<input type="text"/>						
Agente Causador - Situação Geradora de Doença Profissional:						
<input type="text"/>						
Descrição do acidente ou doença:						
<input type="text"/>						
Houve registro policial:	Houve morte:	Data do dóito:	Data do recebimento:			
Sim: <input type="radio"/> Não: <input checked="" type="radio"/>	Sim: <input type="radio"/> Não: <input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
LOCAL DO ACIDENTE						
Tipo de Local:		Tipo de inscrição:		Número de inscrição:		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Local do acidente:		Especificação do local:				
<input type="text"/>		<input type="text"/>				
CEP	Tipo de Logradouro	Logradouro	Número			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Complemento			Bairro/Distrito			
<input type="text"/>			<input type="text"/>			
Município:	UF:		Pais:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>			

Salvar Emitir CAT Imprimir CAT Limpar Fechar



SERVIÇO DE SAÚDE OCUPACIONAL E SEGURANÇA DO TRABALHO
COORDENADORIA DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS



Tipo de Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SSOST.007 – Página 11/20	
Título do Documento	ACIDENTE DE TRABALHO	Emissão: 08/12/2022	Próxima Revisão: 08/12/2024
		Versão:01	

RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - RIAT		
---	--	--

<p>21. GRUPO E – PARTE DO CORPO AFETADA : Traz a parte do corpo da vítima em que a lesão se manifestou. (especificar):</p>	<p>22. GRUPO F – NATUREZA DA LESÃO : Expressão que identifica a lesão, segundo suas características principais.</p> <p>() Fratura, () Escoriação, () Luxação, () Entorse, () Corte/perfuração () Queimadura, () Outras (especificar): <u>TRAUMA</u>.</p>
---	--

<p>23. GRUPO G – CONDIÇÃO INSEGURA : Falha dos meios de trabalho que causaram ou contribuíram para o acidente.</p> <p>() Falta de proteção em máquinas e equipamentos, () Proteções inadequadas ou defeituosas, () Deficiência em maquinaria e/ou equip. utilizados. () Má arrumação, () Escassez de espaço, () Passagens perigosas, () Defeitos nas edificações, () Instalações elétricas inadequadas ou defeituosas, () Iluminação inadequada, () Ventilação inadequada, () Falta de protetores individuais. () Outras: <u>DISPOSIÇÃO INADEQUADA DE MATERIAIS</u> () Não se aplica</p>	<p>24. GRUPO H – FATOR DE RISCO PESSOAL : São as falhas inerentes pessoa como tal ou profissional, que levam à prática de atos inseguros, são causas indiretas do acidente.</p> <p>() Desconhecimento do perigo, () Preparo insuficiente para o trabalho, () Falta de aptidão para o trabalho, () Condições físicas ou emocionais alteradas, () Excesso de confiança, () Negligência, () Imprudência, () Indisciplina. () Outras (especificar) () Não se aplica</p>
--	---

25. GRUPO I – FATOR DE RISCO MATERIAL : São omissões, falhas ou erros técnicos, administrativos ou conceituais que geram ou mantêm condições propícias de acidentes.

() Falhas de projeto,
() Erros ou desvios em instalações,
() Falta ou falha na manutenção,
() Desvio ou improvisação de processos,
() Desorganização ou indisciplina,
() Falta ou não liberação de verbas,
() Escassez de recursos para limpeza e arrumação,
() Desorganização do local de trabalho,
() Omissão ou desconhecimento de normas técnicas ou legislação.
() Outras (especificar)
() Não se aplica

D) CONCLUSÃO

26. PLANO DE AÇÃO:

Providências	Responsável	Prazo

<p>27. RESPONSÁVEL IMEDIATO DO COLABORADOR Data: ____/____/_____ Ass.: _____</p>	<p>29. Colaborador Envolvido Data: ____/____/_____ Ass.: _____</p>
<p>28. SOST Data: ____/____/_____ Ass.: _____</p>	

E) PARECER DA CIPA

30. Comentários Sobre o Acidente

31. Data: ____/____/____

Ass.: _____
Presidente da CIPA



Tipo de Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SSOST.007 – Página 12/20	
Título do Documento	ACIDENTE DE TRABALHO	Emissão: 08/12/2022	Próxima Revisão: 08/12/2024
		Versão:01	

Anexo III – Ficha de Notificação Individual

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO

Nº

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tracoma <input type="checkbox"/>
	2 Agravado/doença
	3 Data da Notificação
Dados Gerais	4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data dos Primeiros Sintomas
Notificação Individual	8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano <input type="checkbox"/> 11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado 12 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 2-Ignorado 13 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica
	15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe
	17 Data dos 1 ^{os} Sintomas do 1º Caso Suspeito 19 Local Inicial de Ocorrência do Surto <input type="checkbox"/> 1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola 4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6- Restaurante/ Padaria 7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9- Casos Dispersos Pelo Município 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar
Dados de Residência	18 Nº de Casos Suspeitos/ Expostos
	20 UF 21 Município de Residência Código (IBGE) 22 Distrito
	23 Bairro 24 Logradouro (rua, avenida,...) Código
	25 Número 26 Complemento (apto., casa, ...) 27 Geo campo 1
	28 Geo campo 2 29 Ponto de Referência 30 CEP
	31 (DDD) Telefone 32 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 33 País (se residente fora do Brasil)
	31 (DDD) Telefone 32 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 33 País (se residente fora do Brasil)
Notificante	Município/Unidade de Saúde
	Nome Função Assinatura
	Notificação Sinan NET SVS 17/07/2006



Tipo de Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SSOST.007 – Página 13/20	
Título do Documento	ACIDENTE DE TRABALHO	Emissão: 08/12/2022	Próxima Revisão: 08/12/2024
		Versão:01	

DADOS COMPLEMENTARES
(ANOTAR TODOS OS DADOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO)

Notificação Individual	01	Data da coleta da 1ª amostra da sorologia	02	Data da coleta da 1ª amostra de outra amostra	03	Especificar tipo de exame :		
	04	Óbito ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	05	Contato com caso semelhante ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>		
	06	Presença de exantema ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	07	Data do início do exatema	08	Presença de petéquias ou sufusões hemorrágicas ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>
	09	Foi realizado líquor ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	10	Resultado da bacterioscopia :			
	11	O paciente tomou vacina contra agravo notificado neste impresso? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	12	Data da última dose tomada	13	Ocorreu hospitalização ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>
	14	Data da hospitalização						
	15	UF	16	Município do hospital	Código (IBGE)	17	Nome do hospital	Código
Notificação Surto	18	Hipóteses diagnósticas no momento da notificação						
	1ª Hipótese Diagnóstica - CID 10:							
2ª Hipótese Diagnóstica - CID 10:								
Local prov. infecção	19	Local provável de infecção (classificação provisória)						
	País:		UF		Município:			
Distrito :				Bairro:				



Tipo de Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SSOST.007 – Página 14/20	
Título do Documento	ACIDENTE DE TRABALHO	Emissão: 08/12/2022	Próxima Revisão: 08/12/2024
		Versão:01	

Anexo IV – Ficha de Notificação/Conclusão

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

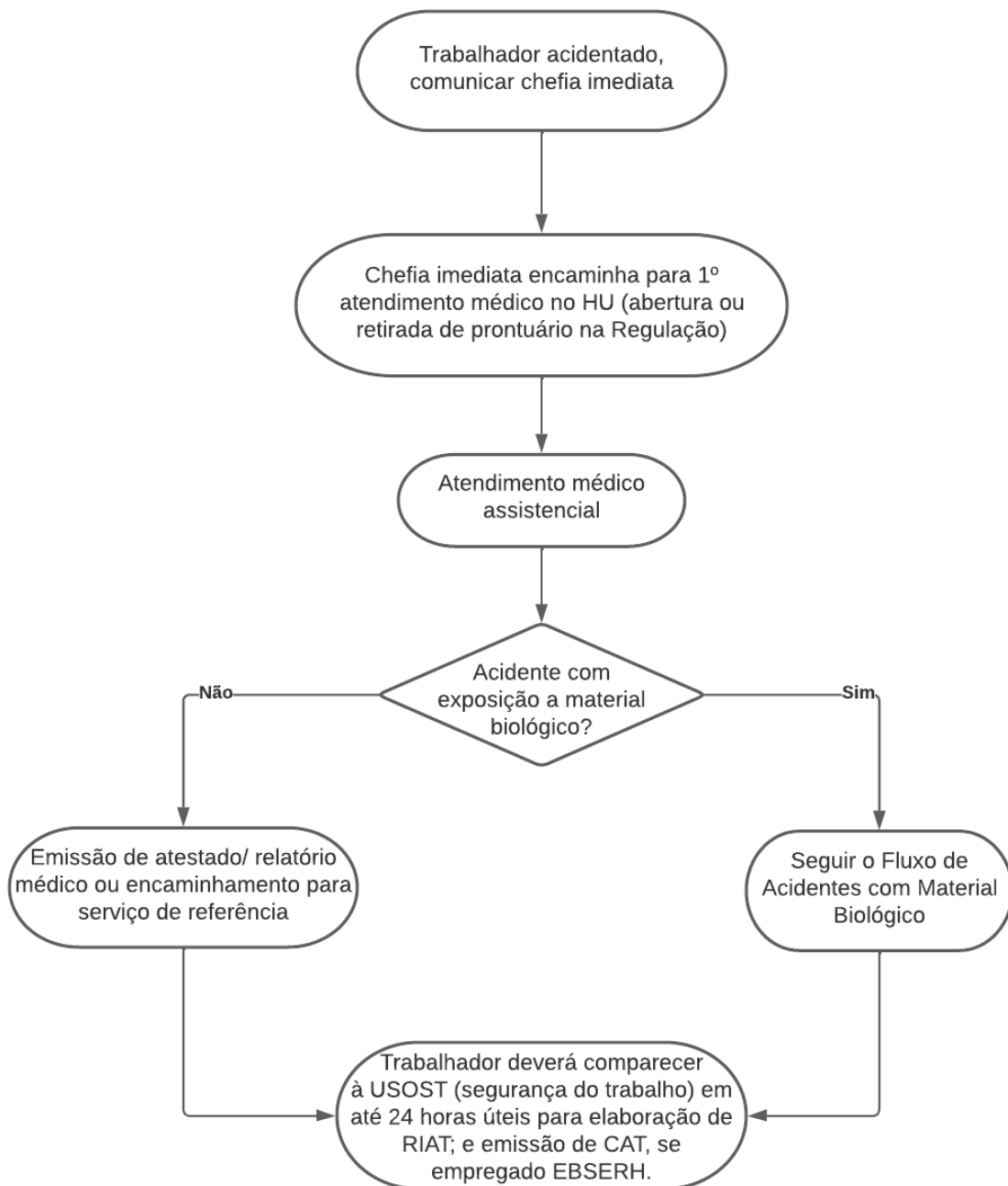
SINAN
 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO

Nº

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravo/doença Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação Código (IBGE)	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código	
	7 Data dos Primeiros Sintomas			
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional (Ignorado) 5-Não 6- Não se aplica 7- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 6- Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência Código (IBGE)	19 Distrito	
Dados de Residência	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...) Código	22 Número	
	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	25 Geo campo 2	
	26 Ponto de Referência	27 CEP	28 (DDD) Telefone	
	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
Conclusão				
Conclusão	31 Data da Investigação	32 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado	33 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico	
	Local Provável da Fonte de Infecção			
	34 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado	35 UF	36 País	
	37 Município Código (IBGE)	38 Distrito	39 Bairro	
	40 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	41 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado	42 Data do Óbito	43 Data do Encerramento
Informações complementares e observações				
Observações adicionais				
Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde		
	Nome	Função	Assinatura	
Notificação/conclusão		Sinan NET	SVS 27/09/2005	

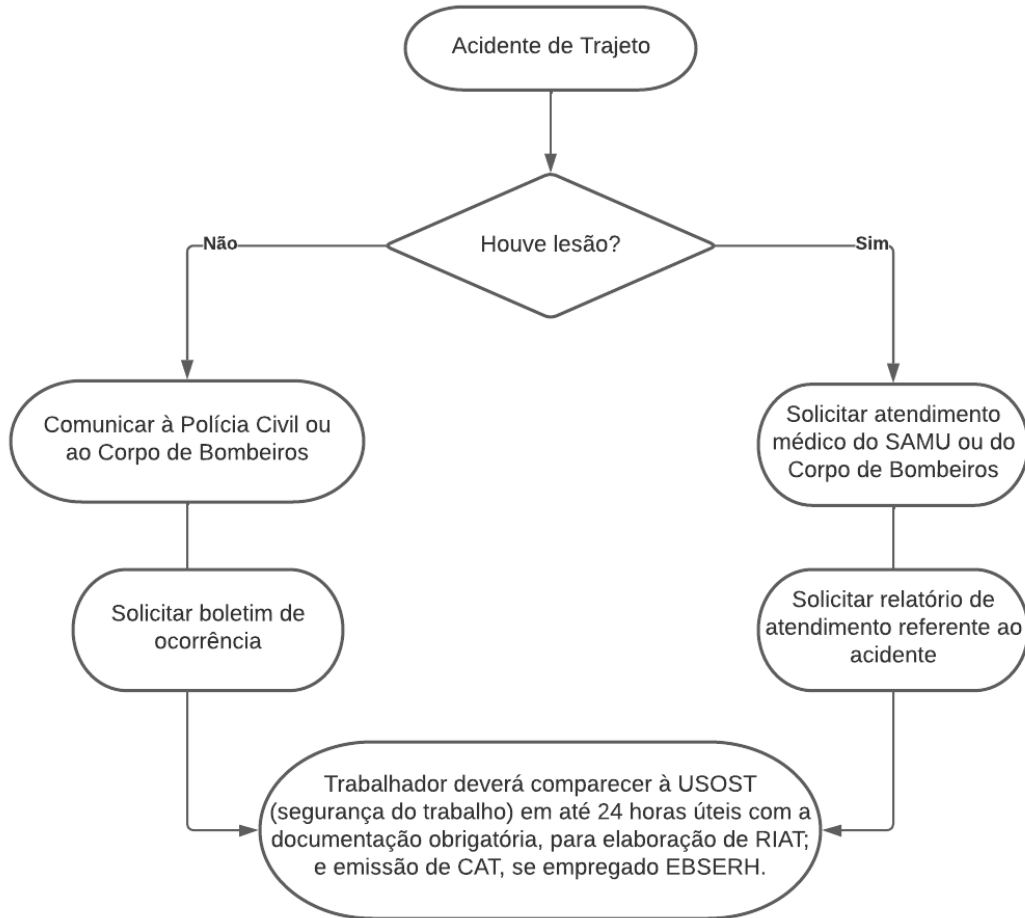
Tipo de Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SSOST.007 – Página 15/20	
Título do Documento	ACIDENTE DE TRABALHO	Emissão: 08/12/2022	Próxima Revisão: 08/12/2024
		Versão:01	

Anexo V – Fluxograma de Acidente do Trabalho Típico



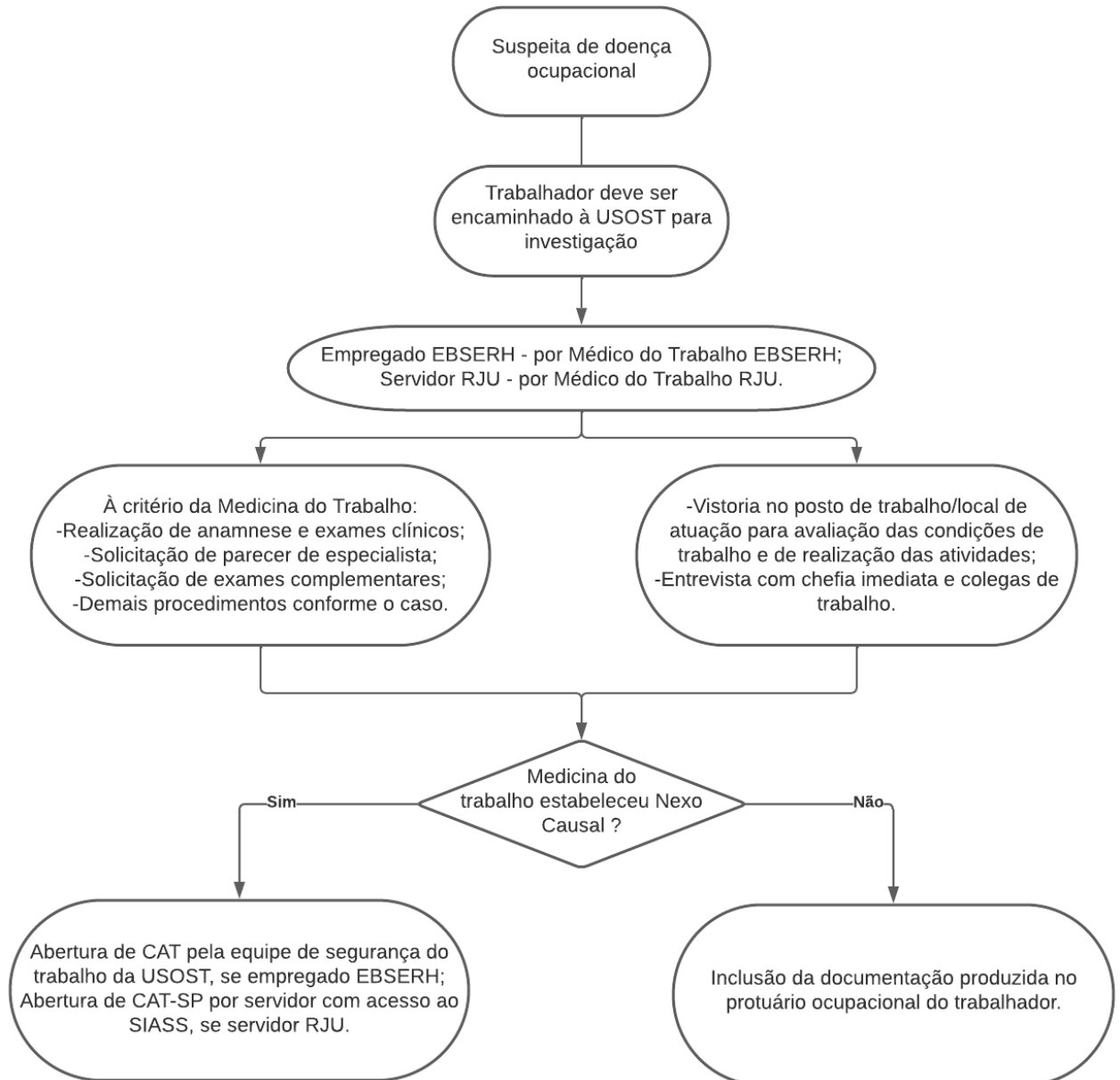
Tipo de Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SSOST.007 – Página 16/20	
Título do Documento	ACIDENTE DE TRABALHO	Emissão: 08/12/2022	Próxima Revisão: 08/12/2024
		Versão:01	

ANEXO VI – Fluxograma de Acidente do Trabalho de Trajeto



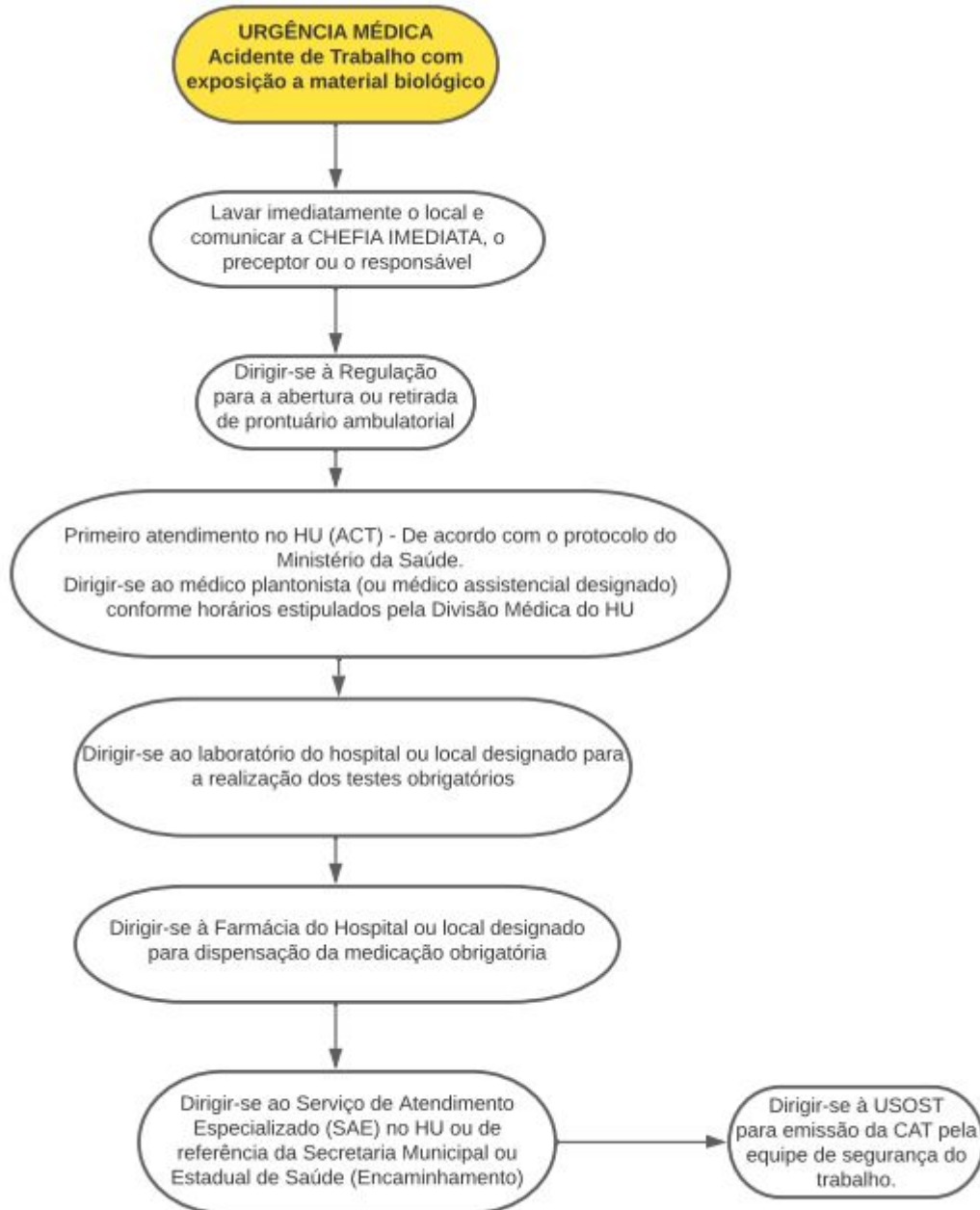
Tipo de Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SSOST.007 – Página 17/20	
Título do Documento	ACIDENTE DE TRABALHO	Emissão: 08/12/2022	Próxima Revisão: 08/12/2024
		Versão:01	

ANEXO VII – Fluxograma de Doença Ocupacional



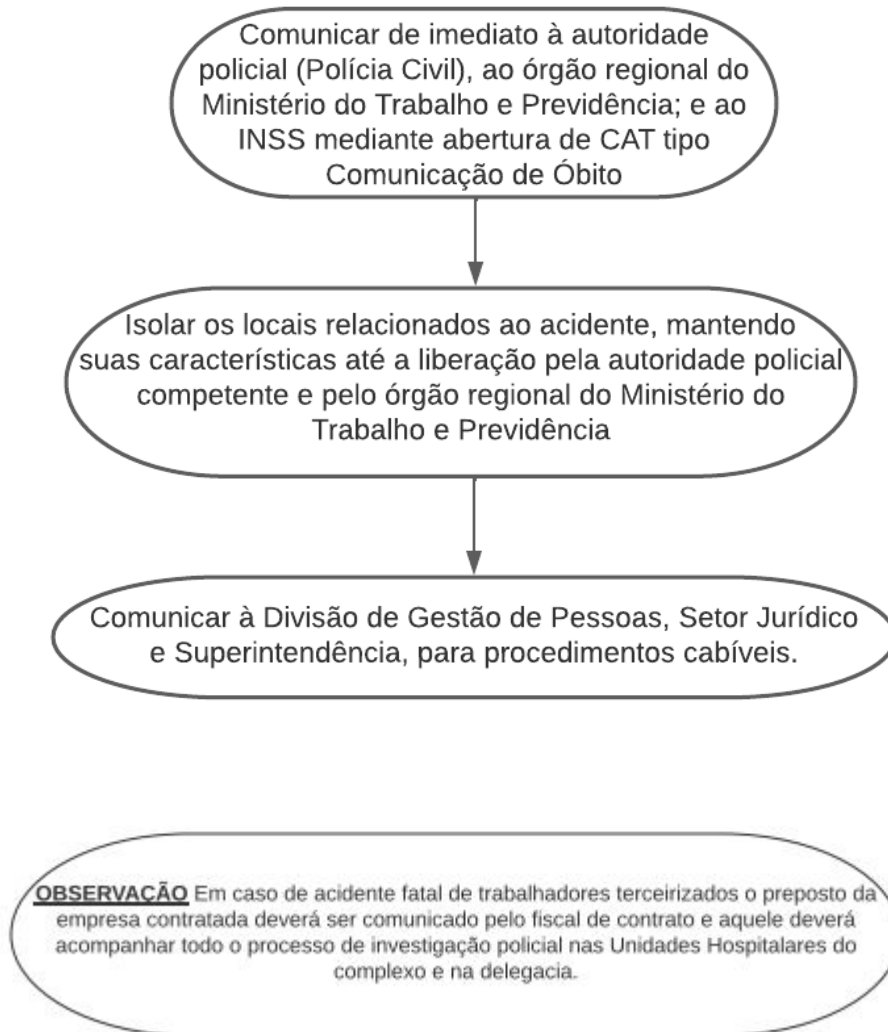
Tipo de Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SSOST.007 – Página 18/20	
Título do Documento	ACIDENTE DE TRABALHO	Emissão: 08/12/2022	Próxima Revisão: 08/12/2024
		Versão:01	

**ANEXO VIII – Fluxograma de Acidente do Trabalho com Material Biológico: Consultar o POP –
Acidentes com exposição à material biológico.**



Tipo de Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SSOST.007 – Página 19/20	
Título do Documento	ACIDENTE DE TRABALHO	Emissão: 08/12/2022	Próxima Revisão: 08/12/2024
		Versão:01	

ANEXO IX – Fluxograma de Acidente do Trabalho Fatal



Tipo de Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SSOST.007 – Página 20/20	
Título do Documento	ACIDENTE DE TRABALHO	Emissão: 08/12/2022	Próxima Revisão: 08/12/2024
		Versão:01	

ANEXO X – Fluxograma de Acidente do Trabalho Típico – Administração Central

