

Ato - SEI Nº 192, de 31 de julho de 2026

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)	POP.DGP.113	
Acidente de Trabalho	Emissão: data da assinatura	Versão: 01
	Próxima revisão: conforme necessidade	

1. OBJETIVO

1.1. Estabelecer e padronizar os procedimentos a serem adotados na ocorrência de acidentes de trabalho e equiparados na HU Brasil.

2. ANEXOS

- 2.1. Anexo I - Formulário de comunicação de acidente de trabalho
- 2.2. Anexo II - Relatório de Investigação de Acidente do Trabalho - RIAT (para servidores(as) públicos(as), residentes, estudantes)
- 2.3. Anexo III - Sinan - Ficha de investigação - Acidente de trabalho
- 2.4. Anexo IV - Sinan - Ficha de investigação - Acidente de trabalho com exposição a material biológico

3. FORMULÁRIOS E DOCUMENTOS

- 3.1. Relatório de Investigação de Acidente do Trabalho - RIAT e Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT (para empregados(as) da HU Brasil), disponível no SIGP/MentoRH: Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho > Segurança do Trabalho > RIAT > RIAT
- 3.2. Formulário Sei: Solicitação de Relatório Médico Circunstanciado

4. SIGLAS E DEFINIÇÕES

- 4.1. Acidente de trabalho: Ocorrência no exercício da atividade profissional a serviço da empresa 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.
- 4.2. Acidente de trabalho com material biológico: Acidente de trabalho envolvendo exposição direta ou indireta do(a) trabalhador(a) a material biológico potencialmente contaminado, por meio de material perfuro-cortante ou não.
- 4.3. Acidente de trabalho fatal: Acidente que leva o(a) trabalhador(a) a óbito imediatamente após sua ocorrência ou que venha a ocorrer posteriormente, desde que a causa básica, intermediária ou imediata da morte seja decorrente do acidente. A ocorrência deste acidente deve ser comunicada de imediato à autoridade policial competente, ao órgão regional do Ministério do Trabalho e Previdência, à Divisão de Gestão de Pessoas e ao Colegiado Executivo do HUF.
- 4.4. Acidente de trajeto: Acidente de trabalho ocorrido no deslocamento residência - trabalho - residência, incluindo trabalho - trabalho, quando houver mais de um vínculo empregatício.
- 4.5. CAT: Comunicação de acidente de trabalho, emitida para empregados(as) públicos(as) da HU Brasil.
- 4.6. CAT-SP: Comunicação de acidente de trabalho do(a) servidor(a) público(a), sob responsabilidade do órgão de origem.
- 4.7. CIPA: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio.
- 4.8. Doença ocupacional: condição equiparada a acidente de trabalho, constante em relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, subdividida em:
 - a) doença profissional, produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade; ou

b) doença do trabalho, adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente.

4.9. HUF: Hospital Universitário Federal.

4.10. Incidente de Trabalho: Ocorrência inesperada que ocorre durante a execução das atividades laborais, mas que não resulta em lesões ou danos significativos. Os incidentes são sinais de alerta e indicam que algo não está funcionando corretamente, exigindo uma investigação e ação corretiva para prevenir acidentes futuros.

4.11. Nexo Causal: Relação de causa-efeito que pode ser estabelecida entre o agente causador ou situação geradora e a ocorrência relatada pelo(a) trabalhador(a). Também pode ser entendido como a relação de causa-efeito entre a ocorrência relatada e a lesão sofrida pelo(a) trabalhador(a).

4.12. RJU: Regime jurídico único.

4.13. SIASS: Subsistema integrado de atenção à saúde do servidor.

4.14. SIGP/MentoRH: Sistema integrado de gestão de pessoas.

4.15. Trabalhador(a): Empregado(a) celetista, servidor(a) público(a), residente e estudante a serviço da HU Brasil.

4.16. Usost: Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho.

5. **ORIENTAÇÕES GERAIS**

5.1. O fluxo e os prazos relacionados à Comunicação de Acidente de Trabalho deverão ser ampla e periodicamente divulgados aos(as) trabalhadores(as) do HUF, especialmente quanto à importância de comunicação imediata à Usost.

5.2. A ocorrência de acidente de trabalho com empregados(as) da HU Brasil deve ser obrigatoriamente seguida de emissão da CAT, ainda que não haja afastamento das atividades laborais, no prazo legalmente estabelecido para envio ao eSocial, sob pena de multa em caso de descumprimento.

5.3. O prazo para emissão da CAT será até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato, à autoridade competente.

5.4. A CAT deverá ser preenchida no SIGP/MentoRH para envio ao e-Social nos seguintes prazos:

- a) Em caso de acidente ou diagnóstico de doença ocupacional: até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência;
- b) Em caso de morte do(a) empregado(a): imediato.

5.5. Os incidentes devem ser investigados e registrados no SIGP/MentoRH, quando envolverem empregados(as) da HU Brasil, ou em meio físico/digital, quando envolverem os(as) demais trabalhadores(as).

Nota: Quando registrados em meio físico/digital, arquivar o documento na pasta física/digital do(a) trabalhador(a).

5.6. O estabelecimento de nexos causais de doença ocupacional é atribuição privativa de médico(a) do trabalho ou médico(a) examinador(a) da Usost.

5.7. Em caso de nexos causais estabelecidos por iniciativa da perícia médica federal do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), deverão ser seguidos procedimentos institucionais específicos de análise e/ou contestação, nos prazos estabelecidos pelo próprio INSS.

5.8. A ocorrência de acidente de trabalho com servidor(a) público(a) deverá ser seguida de RIAT em conjunto com representante do SIASS no HUF, para que se dê prosseguimento dos trâmites de acordo com o RJU e abertura de CAT-SP.

5.9. A ocorrência de acidente de trabalho com residente ou estudante deverá ser seguida de RIAT em conjunto com representante da área de Ensino e Pesquisa, para registro e arquivamento na pasta física/digital do(a) envolvido(a).

5.10. A ocorrência de acidente de trabalho com trabalhador(a) terceirizado(a) que preste serviços na Rede HU Brasil deverá seguir os procedimentos estabelecidos no POP.DGP.055 - Saúde e Segurança no Trabalho para Empresas Prestadoras de Serviço de Mão de Obra.

5.11. Os acidentes de trabalho devem ser notificados à vigilância sanitária através do formulário Sinam (anexos III e IV), seguindo o fluxo adotado pela área de Vigilância em Saúde ou equivalente no HUF, nos seguintes prazos:

- a) Acidente de trabalho com exposição a material biológico: semanal;
- b) Acidente de trabalho: em até 24 horas da ocorrência;
- c) Doença ocupacional: semanal.

5.12. Os acidentes de trabalho com material biológico devem seguir o fluxo de atendimento estabelecido no HUF.

5.13. Os(As) trabalhadores(as) com exposição elevada a radiação ionizante acima dos limites estabelecidos pela Norma CNEN-NN-3.01 devem ser avaliados pelo(a) médico(a) do trabalho ou médico(a) examinador(a) para verificar os danos causados e definir a abordagem terapêutica apropriada, nos termos do [Guia para elaboração de Relatório de Doses Elevadas da área de Segurança](#).

5.14. Com o objetivo de prevenir a reincidência de acidentes de trabalho, o RIAT deverá resultar em Plano de Ação a ser implementado em conjunto com os(as) envolvidos(as), especificando ações, responsáveis e prazos.

6. DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTOS NA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE TÍPICO

6.1. Atividade 1: Comunicação do Acidente

Responsável: Trabalhador(a) acidentado(a), gestor(a) imediato(a), supervisor ou testemunha

Prazo: Imediato

Atividades:

6.1.1. Comunicar imediatamente a ocorrência ao(à) gestor(a) imediato(a).

6.1.2. Comunicar à Usost, através do preenchimento do Anexo I - Formulário de comunicação de acidente de trabalho.

6.1.3. Dirigir-se ou encaminhar para atendimento médico no HUF.

6.1.4. Colaborar com o processo de investigação conduzido pela Usost.

Nota: Em caso de acidente fatal, a equipe da Usost deverá solicitar o isolamento do(s) local(is) relacionados à ocorrência, a fim de manter suas características até a chegada e liberação pela autoridade policial competente.

6.2. Atividade 2: Atendimento Médico de Urgência

Responsável: Equipe indicada no POP de Atendimentos de Saúde dos(as) Trabalhadores(as) em Situação de Urgência e Emergência, ou conforme fluxo estabelecido no âmbito do HUF

Prazo: Imediatamente após comunicar o acidente

Atividades:

6.2.1. Realizar atendimento médico imediato considerando o estado de saúde do(a) trabalhador(a) acidentado(a).

6.2.2. Emitir relatório médico contendo, preferencialmente, data, horário do atendimento, descrição da lesão e diagnóstico e/ou código internacional de doenças - CID.

6.2.3. Emitir atestado médico se houver necessidade de afastamento.

Nota: Em caso de acidente com material biológico, seguir o fluxo estabelecido no HUF, incluindo a realização de exames laboratoriais, dispensação de medicamentos e comparecimento ao Serviço de Atendimento Especializado (SAE), conforme o caso.

6.2.4. Encaminhar o(a) acidentado(a) à Usost com a documentação referente ao atendimento.

6.3. Atividade 3: Comparecimento à Usost

Responsável: Trabalhador(a) acidentado(a)

Prazo: Imediatamente após atendimento médico

Atividades:

6.3.1. Comparecer à Usost, apresentando a documentação referente ao atendimento para preenchimento da CAT.

6.4. Atividade 4: Abertura da CAT

Responsável: Usost

Prazo: Até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência, ou de imediato em caso de acidente fatal

Atividades:

6.4.1. Analisar as informações da ocorrência presentes no Anexo I - Formulário de comunicação de acidente de trabalho e na documentação referente ao atendimento médico.

6.4.2. Confirmar o nexo causal entre o agente causador / situação geradora e a ocorrência relatada pelo(a) trabalhador(a).

6.4.3. Levantar as demais informações necessárias e suficientes ao preenchimento da RIAT e à abertura de CAT.

6.4.4. Preencher a RIAT/CAT no SIGP/MentoRH: Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho > Segurança do Trabalho > RIAT > RIAT

6.4.5. Salvar e Emitir CAT para envio à mensageria do e-Social.

6.4.6. Encaminhar toda a documentação relacionada ao acidente para a equipe de saúde ocupacional.

6.5. **Atividade 5: Atendimento de saúde ocupacional**

Responsável: Médico(a) do trabalho ou médico(a) examinador(a)

Prazo: Após abertura da CAT

6.5.1. Acolher o(a) trabalhador(a) acidentado(a) para avaliação clínica.

6.5.2. Avaliar se a lesão ou perturbação funcional sofrida pelo(a) trabalhador(a) implica em incapacidade laborativa.

6.5.3. Solicitar exames pertinentes ao acidente, caso necessário.

Nota: Em caso de acidente com material biológico, encaminhar ao Serviço de Atendimento Especializado (SAE) de referência, caso não exista no HUF, conforme o caso.

6.5.4. Homologar o atestado médico emitido para o(a) acidentado(a) na Atividade 2, conforme o caso, registrando-o em sistema.

6.5.5. Registrar o atendimento em prontuário médico.

6.5.6. Orientar o(a) acidentado(a) sobre a necessidade de acompanhamento clínico pós-acidente, caso necessário.

6.6. **Atividade 5: Continuidade da investigação do acidente**

Responsável: Usost

Prazo: Em até 5 dias úteis seguintes ao da ocorrência

Atividades:

6.6.1. Comparecer ao local do acidente, caso necessário, para o levantamento de evidências locais.

6.6.2. Analisar as informações da ocorrência presentes na RIAT/CAT e, caso necessário, agendar dia e horário com o(a) acidentado(a), gestor(a) imediato(a) e/ou testemunhas para levantamento de informações que julgar importantes para a investigação.

6.6.3. Elaborar plano de ação, em conjunto com a CIPA e gestor(a) imediato(a) do(a) acidentado(a), buscando melhorias que visem mitigar ou eliminar a ocorrência de novos acidentes.

6.6.4. Monitorar o cumprimento das ações e prazos propostos no plano de ação.

7. **DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTOS NA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRAJETO**

7.1. **Atividade 1: Atendimento e registro do acidente**

Responsável: Trabalhador(a) acidentado(a)

Prazo: Imediato

Atividades:

7.1.1. Buscar atendimento na unidade de saúde mais próxima, com o SAMU ou com o corpo de bombeiros, solicitando relatório ou atestado médico, preferencialmente com CID.

7.1.2. Emitir boletim de ocorrência policial, caso não haja necessidade de atendimento médico.

Nota: os documentos indicados são imprescindíveis para a análise e abertura da CAT.

7.2. **Atividade 2: Comunicação do Acidente**

Responsável: Trabalhador(a), gestor(a) imediato(a), testemunha ou representante legal

Prazo: Imediato após atendimento e registro do acidente com os órgãos responsáveis

Atividades:

7.2.1. Comunicar imediatamente a ocorrência ao(à) gestor(a) imediato(a).

7.2.2. Comunicar imediatamente à Usost, através do preenchimento do Anexo I - Formulário de comunicação de acidente de trabalho.

7.2.3. Apresentar os documentos indicados no item 7.1 à Usost para preenchimento da CAT.

7.2.4. Colaborar com o processo de investigação conduzido pela Usost.

7.3. **Atividade 3: Abertura da CAT**

Responsável: Usost.

Prazo: Até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência, ou de imediato em caso de acidente fatal.

Atividades:

7.3.1. Analisar as informações da ocorrência presentes no Anexo I - Formulário de comunicação de acidente de trabalho.

7.3.2. Levantar as demais informações necessárias e suficientes ao preenchimento da RIAT e à abertura de CAT.

7.3.3. Preencher a RIAT/CAT no SIGP/MentoRH: Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho > Segurança do Trabalho > RIAT > RIAT

7.3.4. Salvar e Emitir CAT para envio à mensageria do e-Social.

8. **DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS NA OCORRÊNCIA OU SUSPEITA DE DOENÇA OCUPACIONAL**

8.1. **Atividade 1: Comunicação de suspeita de doença ocupacional**

Responsável: Trabalhador(a), equipe de saúde ocupacional ou Comunicado de Decisão do INSS

Prazo: Imediato

Atividades:

8.1.1. Relatar suspeita de doença ocupacional à medicina do trabalho ou examinadora da Usost.

8.1.2. Encaminhar relatórios médicos e/ou documentos relacionados que corroborem a suspeita.

8.2. **Atividade 2: Investigação para estabelecimento ou descarte de nexos causal**

Responsável: Médico(a) do trabalho ou médico(a) examinador(a) da Usost

Prazo: Em até 5 dias úteis da comunicação

Atividades:

8.2.1. Verificar registros em prontuário que possam confirmar ou excluir o nexo causal.

8.2.2. Preencher o formulário Sei "Solicitação de Relatório Médico Circunstanciado", para detalhamento da condição que gerou a suspeita, encaminhando-o ao(à) médico(a) assistente do(a) empregado(a).

8.2.3. Verificar se há afastamentos semelhantes no HUF, considerando a lotação, o local de atuação e o cargo efetivo do(a) empregado(a).

8.2.4. Verificar se há risco relacionado ao agravamento no Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR).

8.2.5. Identificar quais exames foram realizados pelo(a) empregado(a), e os respectivos resultados.

8.2.6. Convocar o(a) empregado(a) para avaliação, conforme estabelecido no [POP.DGP.033 - Realização de Exames Ocupacionais](#).

8.2.7. Realizar ou solicitar visita técnica ao local de trabalho do(a) empregado(a).

8.2.8. Reunir-se com o(a) gestor(a) imediato(a) e, sempre que possível, com a equipe do(a) empregado(a) para registrar considerações relacionadas à suspeita.

- 8.2.9. Verificar a pertinência e realizar ou solicitar a realização de análise ergonômica preliminar.
- 8.2.10. Solicitar e verificar comprovantes de entrega de Equipamento de Proteção Individual (EPI), conforme o caso, assim como treinamentos relacionados.
- 8.2.11. Verificar se há implementação de Equipamento de Proteção Coletiva (EPC), conforme o caso.
- 8.2.12. Verificar se há participação do(a) empregado(a) em atividades preventivas e educativas relacionadas, tais como integração, palestras, rodas de conversa, treinamentos, campanhas e demais ações pertinentes.
- 8.2.13. Solicitar manifestação da Divisão de Gestão de Pessoas (DivGP) quanto ao dimensionamento da equipe do(a) empregado(a), e mudanças contemporâneas ao evento em análise, tais como transformações organizacionais ou ajustes no dimensionamento de pessoal.
- 8.2.14. Analisar o mapeamento de riscos psicossociais coletivos relacionado.
- 8.2.15. Analisar o mapeamento de risco psicossocial individual.
- 8.2.16. Solicitar à Ouvidoria local o levantamento de denúncias de assédio e/ou discriminação envolvendo o(a) empregado(a), se houver.
- 8.2.17. Emitir relatório conclusivo acerca do nexos causal, encaminhando-o para abertura de CAT, se for o caso.

Nota¹: as atividades a serem realizadas devem levar em consideração o CID, os relatos do(a) empregado(a) e os fatores de risco relacionados ao trabalho.

Nota²: o médico(a) do trabalho ou médico(a) examinador(a) poderá especificar outras diligências extraordinárias que julgar necessárias para a investigação.

Nota³: caso a investigação tenha ocorrido a partir de Comunicado de Decisão do INSS em desacordo com encaminhamento para Auxílio por Incapacidade Temporária, o relatório conclusivo pela ausência de nexos deverá ser anexado ao processo de Contestação.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 9.1. O HUF deverá estabelecer fluxo específico para acidentes com material biológico, conforme protocolo do Ministério da Saúde e orientações da Coordenação-Geral de Bem-estar do Trabalhador.
- 9.2. Os afastamentos decorrentes de acidentes de trabalho deverão seguir o disposto no [POP.DGP.083 - Diretrizes de homologação de afastamentos por motivo de saúde](#), com o respectivo registro no SIGP/MentorRH, conforme o caso.
- 9.3. Os procedimentos internos dos HUF porventura dissonantes deste normativo deverão ser revisados.
- 9.4. Revoga-se o POP.SSOST.007 e demais disposições anteriores em desconformidade com este normativo.
- 9.5. Este POP entra em vigor na data de sua assinatura.

10. REFERÊNCIA

- 10.1. BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.
- 10.2. BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA GM/MS Nº 10.175, DE 23 DE JANEIRO DE 2026.
- 10.3. BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. INSTRUÇÃO NORMATIVA PRES/INSS Nº 128, DE 28 DE MARÇO DE 2022.
- 10.4. BRASIL. CNEN. Guia para elaboração de Relatório de Doses Elevadas da área de Segurança. Versão 1.0 – junho 2020.
- 10.5. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. 2021.

11. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da alteração
01	07/2026	Elaboração do documento

CLÁUDIA SIQUEIRA BESCH Médica do Trabalho da Coordenação-Geral de Bem-estar do Trabalhador DENISE REGINO FONSECA Engenheira de Segurança do Trabalho da Coordenação-Geral de Bem-estar do Trabalhador MATEUS RAMOS DA SILVA Técnico em Segurança do Trabalho da Coordenação-Geral de Gestão e Execução de Obrigações Trabalhistas RICARDO GONÇALVES DO NASCIMENTO Engenheiro de Segurança do Trabalho da Coordenação-Geral de Bem-estar do Trabalhador
Revisão HOSAÍAS ALVES DOS PRAZERES SILVA Coordenador Geral de Bem-estar do Trabalhador
Validação ELOÁ TODARELLI JUNQUEIRA Gerente Executiva de Desenvolvimento de Pessoas
Aprovação LUCIANA DE GOUVEA VIANA Diretora de Gestão de Pessoas



Documento assinado eletronicamente por **Luciana de Gouvea Viana, Diretor(a)**, em 05/08/2026, às 19:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Hosaías Alves Dos Prazeres Silva, Coordenador(a) Geral**, em 06/08/2026, às 10:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mateus Ramos da Silva, Técnico(a) em Segurança do Trabalho**, em 06/08/2026, às 11:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Denise Regino Fonseca, Engenheiro(a) de Segurança do Trabalho**, em 06/08/2026, às 11:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Siqueira Besch, Médico(a) do Trabalho**, em 06/08/2026, às 14:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ricardo Gonçalves do Nascimento, Engenheiro(a) de Segurança do Trabalho**, em 06/08/2026, às 16:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eloa Todarelli Junqueira, Gerente Executivo(a)**, em 07/08/2026, às 10:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **63459471** e o código CRC **F7634014**.

Referência: Processo nº 23477.019452/2025-21 SEI nº 63459471

ANEXO I – Formulário de comunicação de acidente de trabalho
Ref. POP.DGP.113

IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTADO	
Nome completo:	
Matrícula:	
INFORMAÇÕES DO ACIDENTE	
Data do Acidente:	
Hora do acidente:	
Horas trabalhadas antes do acidente:	
Especificação do local do acidente:	
Parte do corpo atingida:	
O que causou o acidente?	
Já se acidentou anteriormente?	() Sim () Não
Acidente de trajeto	() Sim () Não Se sim, apresentar: - Relatório ou atestado médico de atendimento em unidade de saúde, SAMU ou corpo de bombeiros; - Boletim de ocorrência policial.
Descrição resumida do acidente:	
INFORMAÇÕES DO ATESTADO OU RELATÓRIO MÉDICO	
Data e hora do atendimento:	
Houve internação?	
Houve afastamento? Se sim, quantos dias?	
CID ¹ :	
Nome e CRM do médico emitente do atestado:	

() Declaro que as informações fornecidas são a expressão da verdade, ciente de que a omissão de informação, ou declaração falsa ou indevida constituirá em implicações administrativas, civis e penais, conforme legislação vigente e Regulamento de Pessoal.

¹ Mediante autorização do(a) acidentado(a)

A) CLASSIFICAÇÃO

1. Tipo de Acidente

- () Com lesão () Típico () Com Danos Materiais () Incidente
() Sem lesão () Trajeto () Sem Danos Materiais

2. Nível de Gravidade da Ocorrência

- () A- ALTA - Incapacidade permanente, perda de vida ou de parte do corpo e/ou perda de instalações e equipamentos.
() B- MÉDIA - Incapacidade temporária, com afastamento superior a 15 dias .
() C- BAIXA - Incapacidade temporária, com afastamento de até 15 dias ou sem afastamento.

B) DADOS DA OCORRÊNCIA

3. Nome do Acidentado:

4. Nº Matrícula

5. Lotação:

6. Cargo e Função:

7. Tempo de Serviço
Na Empresa: Na Função:

8. Idade

9. Sexo
() Masculino
() Feminino

10. Acidentes Anteriores
() Sim
() Não

11. Data do Acidente:

12. Dias de Afastamento

13. Local do Acidente

15. Descrição do Acidente e Consequências (Lesões, Danos Materiais, Outras Informações):

16. 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? (colaborador deve assinar logo abaixo o recebimento da medicação e do exame)

Assinatura do colaborador:

C) INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE DO ACIDENTE

17. GRUPO A – AGENTE DA LESÃO: É aquilo, que em contato com a pessoa determina a lesão ou uma doença profissional.

- () Agulha, objeto perfuro cortante
() Parte de uma máquina
() Produtos Químicos
() Corrente elétrica
() Peso
() Meio de transporte: carrinho
() Móvel: cadeira, mesa
() Componente Instalação Civil: piso, coluna, etc
() Veículo
() Poluente do ar: gás, poeira, vapor, fumo
() Barulho: ruído elevado
() Radiação: luminosa, ionizante, etc
() Outras ()

18. GRUPO B – ACIDENTE-TIPO: É a forma como se dá o contato entre o agente da lesão e a vítima do acidente.

- () Cortes/Perfurações com material não contaminado;
() Cortes/Perfurações com material contaminado;
() Queda de pessoa,
() Esforço excessivo,
() Exposição a material biológico em mucosas:
() Contato com eletricidade.
() Outras ()

19. GRUPO C – FALTA DE ATENÇÃO NO MEIO: São ocorrências ou reações acidentais com os meios empregados nos processos de trabalho.

- () Quebra de
() Explosão de
() Falha no material utilizado
() Tombamento de
() Estilhaçamento de
() Queda de
() Trasbordamento de
() Derramamento de
() Vazamento de
() Deslizamento de
() Outras
() Não se aplica

20. GRUPO D – ATO INSEGURO: A maneira como o acidentado se expôs ao perigo.

- () Operar máquina de forma incorreta
() Subir em andaimes sem amarração adequada
() Usar máquinas sem habilitação ou permissão
() Ajustar ou limpar máquinas em movimento
() Improvisação ou má emprego de ferramentas manuais
() Usar dispositivos de segurança inutilizados
() Não usar EPI –
() Uso de roupas inadequadas e acessórios desnecessários,
() Manipulação incorreta de produtos químicos,
() Transportar ou empilhar inseguramente,
() Tentativa de ganhar tempo,
() Brincadeiras e exibicionismo.
() Outras (especificar)
() Não se aplica

21. GRUPO E – PARTE DO CORPO AFETADA: Traz a parte do corpo da vítima em que a lesão se manifestou.
(especificar):.

22. GRUPO F – NATUREZA DA LESÃO: Expressão que identifica a lesão, segundo suas características principais.

- ☐ Fratura
☐ Escoriação
☐ Luxação
☐ Entorse
☐ Corte/perfuração
☐ Queimadura
☐ Outras

23. GRUPO G – CONDIÇÃO INSEGURA: Falha dos meios de trabalho que causaram ou contribuíram para o acidente.

- ☐ 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:
☐ Não se aplica

24. GRUPO H – FATOR DE RISCO PESSOAL: São as falhas inerentes à pessoa como tal ou profissional, que levam à prática de atos inseguros, são causas indiretas do acidente.

- ☐ 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

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

- 1.
- 2.
- 3.

27. RESPONSÁVEL IMEDIATO DO COLABORADOR

Data: ____/____/____

Ass.: _____

29. Colaborador Envolvido

Data: ____/____/____

Ass.: _____

28. USOST

Data: ____/____/____

Ass.: _____

E) PARECER DA CIPA

31. Data: ____/____/____

Ass.: _____

Presidente da CIPA

Definição de caso: Todo caso de acidente de trabalho por causas não naturais compreendidas por acidentes e violências (Capítulo XX da CID-10 V01 a Y98), que ocorrem no ambiente de trabalho ou durante o exercício do trabalho quando o trabalhador estiver realizando atividades relacionadas à sua função, ou a serviço do empregador ou representando os interesses do mesmo (Típico) ou no percurso entre a residência e o trabalho (Trajeto) que provoca lesão corporal ou perturbação funcional, podendo causar a perda ou redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho e morte.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	ACIDENTE DE TRABALHO	Y 96		
Dados Gerais	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Acidente	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	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 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	16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	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	30 País (se residente fora do Brasil)		
	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação			
	32 Situação no Mercado de Trabalho			
	01- Empregado registrado com carteira assinada 02 - Empregado não registrado 03- Autônomo/ conta própria 04- Servidor público estatutário	05 - Servidor público celetista 06- Aposentado 07- Desempregado 08 - Trabalho temporário	09 - Cooperativado 10- Trabalhador avulso 11- Empregador 12- Outros	99 - Ignorado
	33 Tempo de Trabalho na Ocupação	34 Local Onde Ocorreu o Acidente		
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	1- Instalações do contratante 2 - Via pública 3- Instalações de terceiros 4- Domicílio próprio 9 - Ignorado		
	Dados da Empresa Contratante			
	35 Registro/ CNPJ ou CPF	36 Nome da Empresa ou Empregador		
	37 Atividade Econômica (CNAE)	38 UF	39 Município	Código (IBGE)
	40 Distrito	41 Bairro	42 Endereço	
43 Número	44 Ponto de Referência	45 (DDD) Telefone		

Antecedentes Epidemiológicos	46 O Empregador é Empresa Terceirizada 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado				<input style="width: 30px;" type="checkbox"/>			
	47 Se Empresa Terceirizada, Qual o CNAE da Empresa Principal				48 CNPJ da Empresa Principal			
	49 Razão Social (Nome da Empresa)							
Dados do Acidente	50 Hora do Acidente H (hora) M (minutos)				51 Horas Após o Início da Jornada H (hora) M (minutos)			
	52 UF	53 Município de Ocorrência do Acidente		Código (IBGE)		54 Código da Causa do Acidente CID 10 (de V01 a Y98) CID 10		
	55 Tipo de Acidente 1- Típico 2- Trajeto 9- Ignorado		56 Houve Outros Trabalhadores Atingidos 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		57 Se Sim, Quantos			
	58 Ocorreu Atendimento Médico? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				59 Data do Atendimento		60 UF	
Dados do Atendimento Médico	61 Município do Atendimento		Código (IBGE)		62 Nome da U. S de Atendimento		Código	
	63 Partes do Corpo Atingidas 01- Olho 04- Tórax 07- Membro superior 10- Todo o corpo 02- Cabeça 05- Abdome 08-Membro inferior 11- Outro 03- Pescoço 06- Mão 09- Pé 99- Ignorado				64 Diagnóstico da Lesão CID 10		65 Regime de Tratamento 1- Hospitalar 2- Ambulatorial 3- Ambos 9- Ignorado	
	66 Evolução do Caso 1 - Cura 4- Incapacidade total permanente 7- Outro 2 - Incapacidade temporária 5- Óbito por acidente de trabalho grave 9 - Ignorado 3- Incapacidade parcial permanente 6-Óbito por outras causas							
Conclusão	67 Se Óbito, Data do Óbito				68 Foi Emitida a Comunicação de Acidente no Trabalho - CAT 1 - Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9 - Ignorado			

Informações complementares e observações

Descrição sumária de como ocorreu o acidente/ atividade/ causas/ condições/ objeto/ agentes que concorreram direta ou indiretamente para a ocorrência do acidente

Outras informações:

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura	

ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO – Sinan NET

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso.

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

1. Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
3. Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
4. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
5. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
6. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
7. Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
8. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
9. Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa.
10. Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente.
OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
11. Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
12. Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado).
13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), 4= Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), 5= indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).
14. Preencher com a série e grau que a pessoa está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação. (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 ou 10= Não se aplica).
15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS.
16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações).
17. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
18. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

19. Anotar o nome do distrito de residência do paciente.
20. Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
21. Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia.
22. Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
23. Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc).
24. Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a **quadra ou número**, nele deve ser informado o número da **quadra ou número**).
25. Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.
26. Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João)
27. Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
28. Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
29. Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1= área com características estritamente urbana, 2= área com características estritamente rural, 3= área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana).
30. Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país.
31. Identificar a ocupação, função desenvolvida pelo trabalhador na data do acidente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
32. Identificar a situação no mercado de trabalho, conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
33. Anotar o tempo de trabalho na ocupação
34. Identificar o local onde ocorreu o acidente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
35. Anotar o numero de registro da empresa contratante- Código nacional de Pessoa Jurídica- CNPJ ou cadastro de Pessoa Física- CPF.
36. Anotar a razão social (nome) da empresa contratante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
37. Anotar o ramo de atividade econômica conforme CNAE da empresa.
38. Anotar a unidade federada, o estado onde esta localizada a empresa.
39. Anotar o município onde esta localizada a empresa contratante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
40. Anotar o distrito do município onde esta localizada a empresa contratante.
41. Anotar o bairro do município onde esta localizada a empresa contratante.
42. Anotar o endereço da empresa, rua, avenida....
43. Anotar o numero das instalações da empresa.
44. Anotar um ponto de referência para localização da empresa.
45. Anotar o telefone da empresa.
46. Identificar se a empresa contratante e empresa terceirizada. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
47. Anotar, se empresa terceirizada, qual a atividade econômica, ou CNAE, da empresa principal.
48. Anotar o numero de registro da empresa principal- Código nacional de Pessoa Jurídica- CNPJ.
49. Anotar a razão social (nome) da empresa principal.
50. Anotar o horário em que ocorreu o acidente.
51. Anotar o tempo após o início da jornada, em que ocorreu o acidente.
52. Anotar a unidade federada, aonde ocorreu o acidente.
53. 53-Anotar o município aonde ocorreu o acidente.
54. Anotar o código da causa do acidente, conforme CID 10, de V01 a Y98. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
55. Identificar o tipo de acidente.

56. Identificar se houve outros trabalhadores com atingidos no mesmo local de trabalho (1= sim, 2= não ou 9= ignorado).
57. Notar, se houve outros trabalhadores atingidos, quantos foram.
58. Identificar se houve atendimento médico ao trabalhador após o acidente (1= sim, 2= não ou 9= ignorado).
59. Em caso positivo de atendimento médico, anotar a data em que isso ocorreu.
60. Anotar a unidade federada aonde foi realizado o atendimento médico.
61. Anotar o município aonde foi realizado o atendimento médico.
62. Anotar o nome da Unidade de Saúde aonde foi realizado o atendimento médico.
63. Identificar as partes do corpo atingidas no acidente, conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
64. Anotar o diagnóstico específico da lesão, conforme o CID 10. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
65. Identificar o regime de tratamento realizado.
66. Identificar qual foi a evolução do caso, conforme as alternativas apresentadas.
67. Identifique, se houve óbito, a data em que ocorreu.
68. Identifique se foi emitida a Comunicação de acidente do Trabalho para o INSS (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Utilize o espaço de observações para acrescentar quaisquer informações que julgar importante.

Identifique o município e a U.S.-Unidade de Saúde que realizou esta investigação.

Anote o código da U.S.

Identifique o nome de quem realizou esta investigação.

Identifique a função de quem realizou esta investigação.

O investigador deve assinar esta investigação.

.

Definição de caso: Todo caso de acidente de trabalho ocorrido com quaisquer categorias profissionais, envolvendo exposição direta ou indireta do trabalhador a material biológico (orgânico) potencialmente contaminado por patógenos (vírus, bactérias, fungos, príons e protozoários), por meio de material perfuro-cortante ou não.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO	Z20.9		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Acidente	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
Dados de Residência	16 Nome da mãe	17 UF		
	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	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	30 País (se residente fora do Brasil)	
	31 Ocupação			
	32 Situação no Mercado de Trabalho	33 Tempo de Trabalho na Ocupação		
Dados da Empresa Contratante				
34 Registro/ CNPJ ou CPF	35 Nome da Empresa ou Empregador			
36 Atividade Econômica (CNAE)	37 UF	38 Município	Código (IBGE)	
39 Distrito	40 Bairro	41 Endereço		
42 Número	43 Ponto de Referência	44 (DDD) Telefone		
45 O Empregador é Empresa Terceirizada				

Acidente de trabalho com exposição à material biológico Sinan Net SVS 21/06/2019

Acidente com material biológico	46 Tipo de Exposição 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Percutânea ☐ Mucosa (oral/ ocular) ☐ Pele íntegra ☐ Pele não íntegra ☐ Outros _____			
	47 Material orgânico 1-Sangue 2-Líquor 3-Líquido pleural 4-Líquido ascítico 9-Ignorado ☐ 5-Líquido amniótico 6-Fluido com sangue 7-Soro/plasma 8-Outros: _____			
	48 Circunstância do Acidente ☐ ☐ 01 - Administ. de medicação endovenosa 02 - Administ. de medicação intramuscular 03 - Administ. de medicação subcutânea 04 - Administ. de medicação intradérmica 05 - Punção venosa/arterial para coleta de sangue 06 - Punção venosa/arterial não especificada 07 - Descarte inadequado de material perfurocortante em saco de lixo 08 - Descarte inadequado de material perfurocortante em bancada, cama, chão, etc... 09 - Lavanderia 10 - Lavagem de material 11 - Manipulação de caixa com material perfurocortante 12 - Procedimento cirúrgico 13 - Procedimento odontológico 14 - Procedimento laboratorial 15 - Dextro 16 - Reescape 98 - Outros 99 - Ignorado			
	49 Agente 1-Agulha com lúmen (luz) 2 - Agulha sem lúmen/maciça 3 - Intracath 4 - Vidros ☐ 5 - Lâmina/lanceta (qualquer tipo) 6 - Outros 9 - Ignorado			
	50 Uso de EPI (aceita mais de uma opção) 1- Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ LUVA ☐ Avental ☐ Óculos ☐ Máscara ☐ Proteção facial ☐ Bota			
Conclusão	51 Situação vacinal do acidentado em relação à hepatite B (3 doses) ☐ 1-Vacinado 2-Não vacinado 9-Ignorado		52 Resultados de exames do acidentado (no momento do acidente - data ZERO) 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado ☐ Anti-HIV ☐ HbsAg ☐ Anti-HBs ☐ Anti-HCV	
	Dados do Paciente Fonte (no momento do acidente) 53 Paciente Fonte Conhecida? ☐ 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado		54 Se sim, qual o resultado dos testes sorológicos? 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4 - Não Realizado 9-Ignorado ☐ Hbs Ag ☐ Anti-HBc ☐ Anti-HIV ☐ Anti-HCV	
	55 Conduta no momento do acidente 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Sem indicação de quimioprofilaxia ☐ Recusou quimioprofilaxia indicada ☐ AZT+3TC ☐ AZT+3TC+Indinavir ☐ AZT+3TC+Nelfinavir ☐ Imunoglobulina humana contra hepatite B (HBIG) ☐ Vacina contra hepatite B ☐ Outro Esquema de ARV Especifique _____			
	56 Evolução do Caso ☐ 1-Alta com conversão sorológica (Especificar vírus: _____) 2-Alta sem conversão sorológica 3-Alta paciente fonte negativo 4- Abandono 5- Óbito por acidente com exposição à material biológico 6- Óbito por Outra Causa 9- Ignorado			
57 Se Óbito, Data: / /		58 Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho ☐ 1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado		
Informações complementares e observações				
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura	

ACIDENTE DE TRABALHO – COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO – Sinan NET

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no Sinan.

CAMPO ESSENCIAL é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO CHAVE.**

1. Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO CHAVE.**
3. Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO CHAVE.**
4. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
5. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO CHAVE.**
6. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
7. Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
8. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
9. Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
10. Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente. OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
11. Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
12. Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado).
13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), 4= Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), 5= indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia). **CAMPO ESSENCIAL.**
14. Preencher com a série e grau que a pessoa está freqüentando ou freqüentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação. (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 ou 10= Não se aplica). **CAMPO ESSENCIAL.**
15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS.
16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações). **CAMPO ESSENCIAL.**

17. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando residente no Brasil.
18. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando UF for digitada.
19. Anotar o nome do distrito de residência do paciente. **CAMPO ESSENCIAL.**
20. Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
21. Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia. **CAMPO ESSENCIAL.**
22. Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.'**
23. Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc). **CAMPO ESSENCIAL.**
24. Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a **quadra ou número**, nele deve ser informado o número da **quadra ou número**).
25. Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.
26. Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João) **CAMPO ESSENCIAL.**
27. Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
28. Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
29. Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1= área com características estritamente urbana, 2= área com características estritamente rural, 3= área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana). **CAMPO ESSENCIAL.**
30. Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
31. Identificar a ocupação, função desenvolvida pelo trabalhador na data do acidente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
32. Identifique a situação no mercado de trabalho, conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO ESSENCIAL.**
33. Anotar o tempo de trabalho na ocupação. **CAMPO ESSENCIAL.**
34. Anotar o numero de registro da empresa contratante-Código nacional de Pessoa Jurídica- CNPJ ou Cadastro de Pessoa Física- CPF. **CAMPO ESSENCIAL.**
35. Anotar a razão social (nome) da empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL.**
36. Anotar o ramo de atividade econômica conforme CNAE da empresa. **CAMPO ESSENCIAL.**
37. Anotar a unidade federada, o estado onde esta localizada a empresa. **CAMPO ESSENCIAL.**
38. Anotar o município onde esta localizada a empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL.**
39. Anotar o distrito do município onde esta localizada a empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL.**
40. Anotar o bairro do município onde esta localizada a empresa contratante. **CAMPO DE ESSENCIAL.**
41. Anotar o endereço da empresa, rua, avenida... **CAMPO ESSENCIAL.**
42. Anotar o numero das instalações da empresa. **CAMPO ESSENCIAL.**
43. Anotar um ponto de referência para localização da empresa.
44. Anotar o telefone da empresa.
45. Identificar se a empresa contratante e empresa terceirizada (1= sim, 2= não, 3= não se aplica ou 9= ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
46. Anotar o tipo de exposição ao agente de risco, conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO ESSENCIAL.**
47. Identificar o tipo de material orgânico que o paciente teve contato no momento do acidente **CAMPO ESSENCIAL.**
48. Identificar a circunstância em que ocorreu o acidente. **CAMPO ESSENCIAL.**
49. Identificar o agente como qual o trabalhador teve contato no acidente. **CAMPO ESSENCIAL.**

50. Identificar o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), de acordo com as alternativas apresentadas. **CAMPO ESSENCIAL.**
51. Identificar a situação vacinal do acidentado em relação às três doses de vacina contra hepatite B. **CAMPO ESSENCIAL.**
52. Identificar os resultados de exames do acidentado no momento do acidente- data zero. **CAMPO ESSENCIAL.**
53. Identificar se paciente fonte era conhecido (1= sim, 2= não ou 9= ignorado) **CAMPO ESSENCIAL.**
54. Em caso de paciente fonte conhecido, identificar o resultado de seus testes sorológicos. **CAMPO ESSENCIAL.**
55. Identificar qual foi a conduta no momento do acidente, conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO ESSENCIAL.**
56. Identificar qual foi a evolução do caso, conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO ESSENCIAL.**
57. Identifique, se houve óbito, a data em que ocorreu. **CAMPO ESSENCIAL.**
58. Identifique se foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho para o INSS (1= sim, 2= não, 3= não se aplica ou 9= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Utilize o espaço de observações para acrescentar quaisquer informações que julgar importante.

Identifique o município e a U.S.-Unidade de Saúde que realizou esta investigação

Anote o código da U.S.

Identifique o nome de quem realizou esta investigação.

Identifique a função de quem realizou esta investigação.

O investigador deve assinar esta investigação.