

POP

HUAB-UFRN/EBSERH

Acidentes do Trabalho

Versão: 1 | 2024

1. OBJETIVO

Definir os procedimentos a serem adotados quando ocorrer acidentes de trabalho ou doença ocupacional no Hospital Universitário Ana Bezerra – HUAB, sob responsabilidade da Unidades de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho – USOST.

2. MATERIAIS

A seguir, estão listados os materiais imprescindíveis que deverão ser utilizados nas ocorrências de acidentes do trabalho:

1. Formulário para Registro de Acidente do Trabalho – FRAT. Disponível no Apêndice A, a ser utilizado pelo médico plantonista para atender o acidentado pertencente a população fixa do HU.
2. Formulário para Investigação de Acidente do Trabalho – FIAT. Disponível no Apêndice B, a ser utilizado pela equipe de investigação nas ocorrências de acidente com a população fixa do HU.
3. Relatório de Análise do Acidente do Trabalho – RAAT. Disponível no Apêndice C, a ser emitido pela equipe de investigação apenas para empregados EBSE RH, residentes, estagiários, aprendizes e estudantes.
4. Formulário de Justificativa para Atraso na Comunicação da Ocorrência do Acidente do Trabalho. Disponível no Apêndice D, a ser utilizado pela equipe de segurança do trabalho da USOST quando do descumprimento de prazo para a comunicação do acidente do trabalho por empregado público da EBSE RH (efetivo, temporário ou com função gratificada ou comissionado)
5. Fichas de notificação compulsória – SINAN. Disponível no Apêndice E, a ser comunicada à autoridade de saúde pelos médicos ou profissionais de saúde, conforme previsto na Portaria Nº 1.271, de 6 de junho de 2014.
6. Comunicação de Acidente do Trabalho – CAT (emitida para empregados EBSE RH), disponível em: [Sistema MENTORH](#): Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho > Segurança do Trabalho > RIAT > RIAT (Última aba).
 - a. Atribuição - A Comunicação de Acidente de Trabalho dos empregados EBSE RH deverá ser feita pela equipe de segurança do Trabalho da USOST.
7. 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 do Servidor – SIASS, <https://www2.siapenet.gov.br/saude/portal/public/index.xhtml>. Emissão: Servidor RJU com acesso ao SIASS.

3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

3.1. Acidente do 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 de Acidente com Material Biológico.

Na ocorrência de acidente do trabalho típico, nas dependências do HUAB, o(a) trabalhador(a) acidentado(a) deverá:

1. Comunicar a chefia imediata, para as devidas providências, conforme estabelecido no Fluxo de Acidente Típico.

a. É de responsabilidade da chefia imediata encaminhar o(a) trabalhador(a) para primeiro atendimento médico no Acolhimento Hospitalar do HUAB, quando este acidente de trabalho ocorrer dentro do HUAB ou seus anexos. Caso, o acidente tenha acontecido fora dos limites desta filial 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:

2. Comparecer à USOST em até 24 (vinte e quatro) horas úteis a contar da data do acidente para atendimento e investigação, bem como lançamento de dados da ocorrência no Sistema MENTORH, se empregado EBSEH, pela equipe de segurança do trabalho da USOST.

a. Em caso de servidor RJU, o FRAT será encaminhado para abertura de CAT – SP por servidor RJU com acesso ao SIASS.

b. Em caso de residentes, estagiários, aprendizes, estudantes será investigado o acidente, porém não será registrada nem emitida a CAT.

c. Em caso de terceirizados CLT, a investigação do acidente e emissão da CAT serão de responsabilidade da própria terceirizada, cabendo à equipe de segurança do trabalho da USOST, solicitar a cópia da CAT.

Se na ocorrência de acidente do 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.

3.2. Acidente do 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). Ainda que no momento, o trabalhador(a) não identifique a necessidade de atendimento médico, este deverá registrar Boletim de Ocorrência (BO) – podendo ser feito de forma virtual pelo Órgão pertinente. A cópia do boletim de ocorrência Policial ou do Corpo de Bombeiros é imprescindível para

preenchimento dos dados do acidente no Sistema MENTORH e consequente registro da CAT.

Ainda assim, quando não necessitar de atendimento médico, além do trabalhador(a) providenciar o BO, este deverá:

1. Comunicar a ocorrência do acidente a sua chefia imediata, que o encaminhará ao Acolhimento Hospitalar do HU para ser atendido pelo médico plantonista;
 - a. O plantonista adotará conduta médica e emitirá o FRAT especificando a CID-10 com referência ao acidente ocorrido. Pois, a equipe de segurança do trabalho somente poderá concluir integralmente o preenchimento da CAT no Sistema MENTORH, com o respectivo código de diagnóstico.
2. Comparecer à USOST em até 24 (vinte e quatro) horas úteis a contar da data do acidente com o FRAT e o BO, para o registro da ocorrência no Sistema MENTORH, se empregado EBSEH, pela equipe de segurança do trabalho da USOST.
 - a. Em caso de servidor RJU, a documentação mencionada anteriormente, deverá ser encaminhada pela equipe de segurança do trabalho da USOST ao SESMT da Universidade para abertura de CAT – SP por servidor RJU com acesso ao SIASS.
 - b. Em caso de residentes, estagiários, aprendizes, estudantes não haverá registro da CAT.
 - c. Em caso de terceirizados CLT, o registro e emissão da CAT será de responsabilidade da própria terceirizada, cabendo à equipe de segurança da USOST solicitar cópia da CAT.
 - d. Para os casos de acidentes do trabalho de trajeto, não haverá a investigação e análise da ocorrência desse acidente.

3.3. Acidente do 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, deverá:

1. Comunicar, de imediato, à autoridade policial competente.
2. Isolar os locais diretamente relacionados ao acidente, mantendo suas características até sua liberação pela autoridade policial competente.
3. Comunicar à Divisão de Gestão de Pessoas, Setor Jurídico e Superintendência, para procedimentos cabíveis.
4. Registrar e emitir a respectiva CAT de óbito, se empregado(a) EBSEH. Ação feita pela equipe de segurança do trabalho da USOST. A CAT deve ser encaminhada para a Divisão de Gestão de Pessoas, que deverá fornecer ao familiar do trabalhador(a) vítima fatal.

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.

3.4. 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 denexo 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 nexocausal 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 EBSE RH investigarã as suspeitas de doença ocupacional de empregados EBSE RH (efetivos, temporários ou cedidos).

Todo empregado(a) suspeito de doença ocupacional deverá:

1. Informar imediatamente à USOST por telefone – ramal 4220 ou e-mail – usost.huab-ufrn@ebserh.gov.br para fins de investigação e registro.

a. 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.

i. 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 de nexocausal. Havendo o estabelecimento do nexocausal pela medicina do trabalho, a equipe de segurança do trabalho realizará registro e emissão de CAT, devendo permanecer uma via em anexo ao prontuário e outra encaminhada ao(à) empregado(a).

ii. 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.

3.5. Orientações Finais

Quando ocorrer acidente de trabalho típico com material biológico, o(a) trabalhador(a) acidentado(a) deverá seguir os procedimentos estabelecidos no POP – Acidentes com exposição à material biológico.

É responsabilidade da chefia imediata (ou quem a substitui) do acidentado garantir a comunicação da ocorrência do acidente do trabalho típico (com ou sem exposição à material biológico) e trajeto, à USOST em até 24 (vinte e quatro) horas úteis a contar da data do acidente. A falta do cumprimento do prazo, poderá deixar este HUF passível de pagamento de multa, aplicada e cobrada pela Previdência Social. Caso o acidentado não cumpra o prazo, a equipe de segurança do trabalho da USOST deverá comunicar o descumprimento à Superintendência, que solicitará justificativa ao gestor do acidentado, no mesmo processo SEI gerado pela equipe de segurança do trabalho, que registrará e emitirá a CAT somente com a ciência da Superintendência.

Ao empregado acidentado, deverá ser fornecido, pela equipe de segurança do trabalho da USOST, o formulário de justificativa de atraso na comunicação da ocorrência do acidente. Este deverá fazer parte do processo SEI que será gerado, quando do descumprimento do prazo da comunicação do acidente do trabalho.

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 do trabalho, a equipe de segurança do trabalho da USOST deverá realizar a coleta de dados para investigação das causas do acidente ocorrido munida do Formulário de Investigação de Acidentes do Trabalho – FIAT (exceto para os acidentes do trabalho de trajeto e para terceirizados, que deverá ser preenchido pela própria terceirizada). Após investigação, analisar todos os fatores que contribuíram para a ocorrência do acidente registrando a conclusão da análise em processo SEI, resumindo o acidente e gerando plano de ação em Relatório da Análise do Acidente do Trabalho – RAAT.

Se o(a) trabalhador(a) acidentado(a) for servidor público (cedido ou não), o FIAT 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.

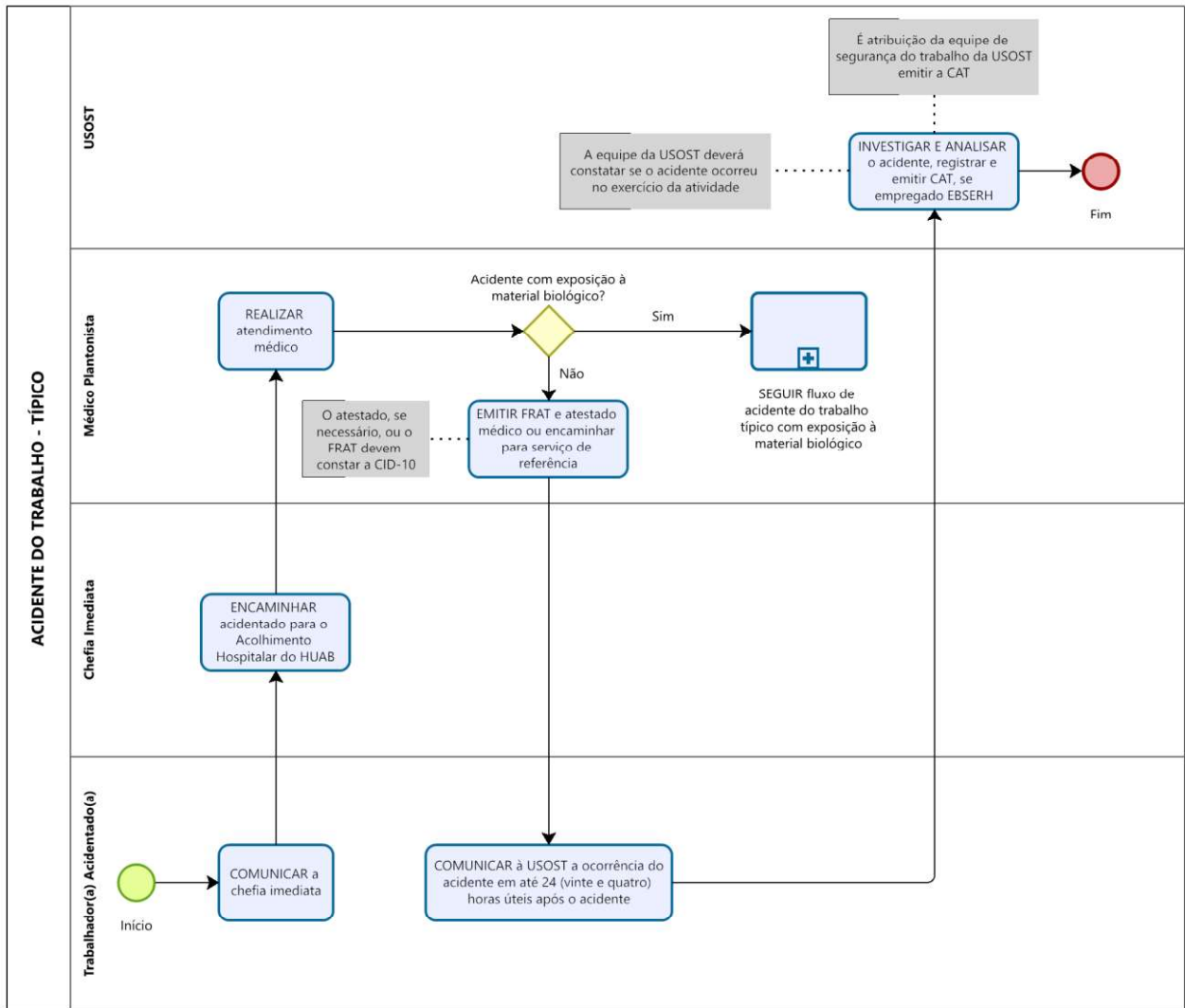
A CAT deverá ser emitida em duas vias, devendo uma via ser arquivada no prontuário médico do(a) empregado(a) e a outra entregue ao empregado(a) acidentado(a). Caso a CAT seja enviada por e-mail ao acidentado, deve-se marcar a opção “Solicitar confirmação de leitura” antes do envio da CAT em anexo.

Com o objetivo de prevenir a reincidência de acidentes do trabalho semelhantes, a USOST, em conjunto com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio – CIPA e com a chefia

imediate do(a) acidentado(a) deverão elaborar plano de ação no preenchimento do RAAT, 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.

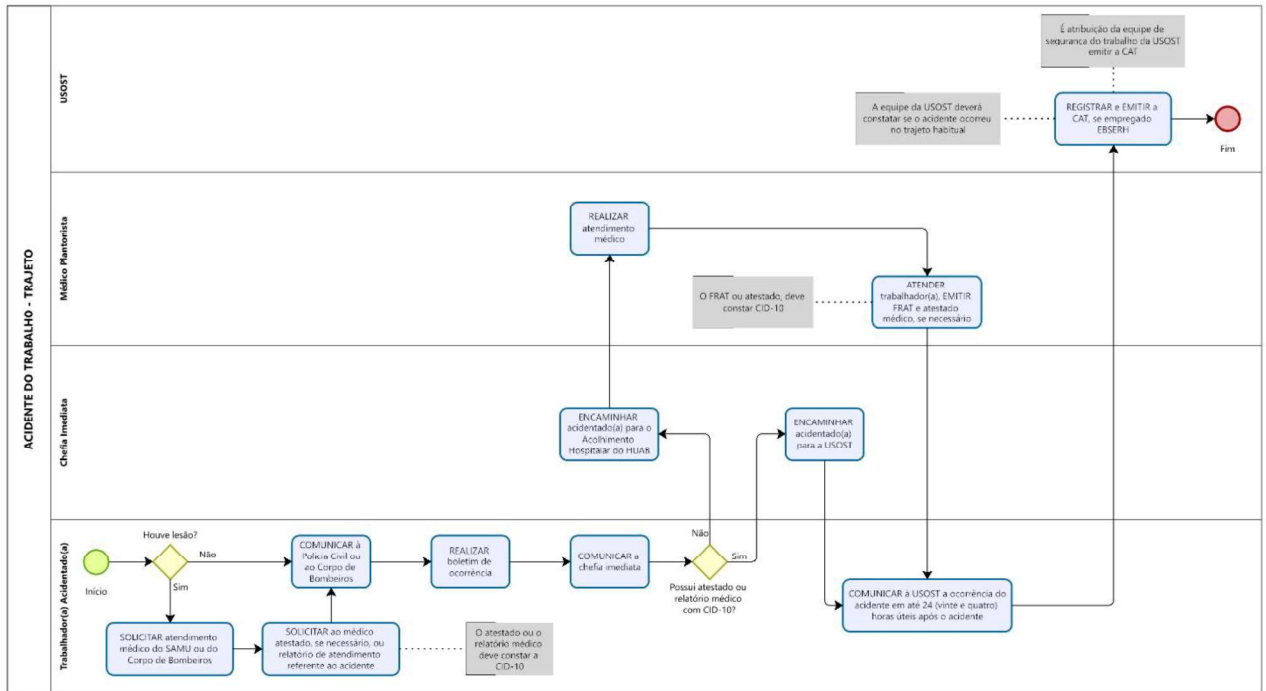
4. FLUXOGRAMA



Powered by bizagi Modeler

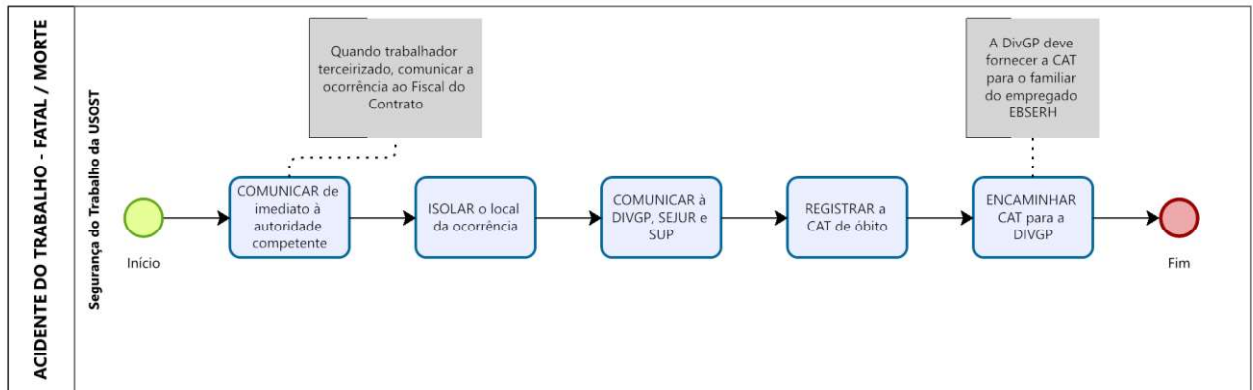
Fonte: Elaborado pelo autor





Powered by **Modeler**

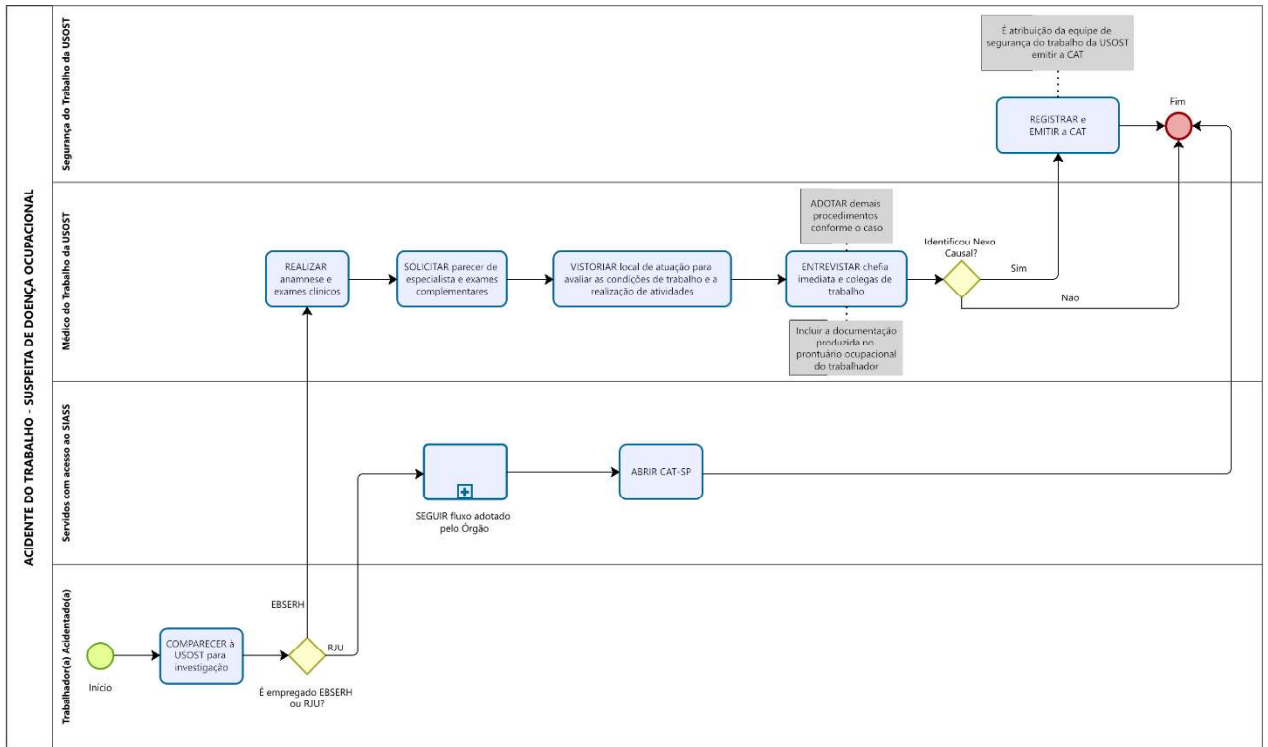
Fonte: Elaborado pelo autor



Powered by **Modeler**

Fonte: Elaborado pelo autor





Powered by Modeller

Fonte: Elaborado pelo autor

5. REFERÊNCIAS

SILVA, Hosaías Alves dos Prazeres; SOUSA, Ludmila Nascimento. **Procedimento Operacional Padrão: Acidente do Trabalho**. 01. Brasília, 8 dez. 2022. POP.SSOST.007/2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/agentes-publicos/legislacao-e-normas-de-gestao-de-pessoas/seguranca-do-trabalho>. Acesso em: 23 set. 2024.

6. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	07/10/2024	Versão inicial

7. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Douglas Vidal Gomes da Silva – USOST	Data: 07/10/2024
Análise Siderlan Carlos Silva Barbosa – DIVGP	Data: 07/10/2024
Validação Vanessa Freires Maia – STGQ	Data: 07/01/2025
Aprovação Siderlan Carlos Silva Barbosa – DIVGP	Data: 07/10/2024

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © Ano, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br

APÊNDICE A – Formulário para Registro de Acidente do Trabalho – FRAT



FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE ACIDENTE DO TRABALHO (FRAT)		
1. INFORMAÇÕES DO ACIDENTE		
1.1. Nome:	1.2 Fone: ()	
1.3. Função:	1.4. Tempo na função: ___ a ___m	
1.5. Lotação:		
1.6. Local do acidente:		
1.7. Vínculo: <input type="checkbox"/> EBSEH <input type="checkbox"/> RJU <input type="checkbox"/> ALUNO <input type="checkbox"/> RESIDENTE <input type="checkbox"/> OUTROS: _____		
1.8. Data do acidente ___/___/___	1.9. Hora do acidente ___:___	1.10. Horas trabalhadas ___:___
1.11. Houve registro policial? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		1.12. Último dia trabalhado ___/___/___
1.13. Parte do corpo atingida e lateralidade:		
1.14. Agente do acidente:		
1.15. Fonte da lesão:		
1.16. Houve morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		1.17. Data do óbito ___/___/___
1.18. Atividade que realizava:		
1.19. Descrição do acidente O acidente ocorreu assim: _____ _____ _____		
1.20. Nome da testemunha:		1.21 Fone: ()
2. ATENDIMENTO MÉDICO		
2.1. Sorologia do paciente-fonte ¹		2.2. Sorologia do acidentado ¹
HIV:	<input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Não realizado	<input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Não realizado
Hep. B:	<input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Não realizado	<input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Não realizado
Hep. C:	<input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Não realizado	<input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Não realizado
2.3. Indicado uso de retrovirais ¹ ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Quais? _____		
2.4. Indicado uso de imunoglobulina ¹ ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	2.5. Indicado vacinação para tétano? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	2.6. Indicado vacinação para HBV? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2.7. Descrição do quadro clínico apresentado:		2.8. CID10 ² : _____
2.9. Houve internação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		2.10. Deverá o acidentado afastar-se durante o tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, quantos dias? _____
2.11. Exames complementares: _____		
2.12. Data do atendimento médico: ___/___/___		2.13. Hora do atendimento médico: ___:___
Assinatura do acidentado _____		Assinatura e carimbo (legível) do médico com CRM/UF _____
3. PARECER DA UNIDADE DE SAÚDE OCUPACIONAL E SEGURANÇA DO TRABALHO - USOST		
3.1 Há necessidade da emissão da CAT? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Assinatura do(a) membro da equipe _____

¹ O preenchimento destes campos somente se faz necessário para a ocorrência de acidentes do trabalho com exposição a material biológico.

² É obrigatório que o profissional médico, que assistiu o acidentado, informe o Código Internacional de Doença (CID).

Elaborado por: Douglas Vidal Gomes da Silva – Chefe da USOST HUAB



APÊNDICE B – Formulário para Investigação de Acidente do Trabalho – FIAT

10/10/2024, 14:36

SEI/SEDE - 43218532 - Despacho - SEI



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro
Santa Cruz-RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufnr.ebserh.gov.br>

Despacho - SEI

INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO**1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES SOBRE O ACIDENTE DE TRABALHO**

- 1.1. N° de trabalhadores acidentados:
- 1.2. Data do Acidente:
- 1.3. Hora aproximada:
- 1.4. Local do Acidente:
- 1.5. Tipo do Acidente: Acidente do Trabalho com exposição à material biológico Acidente do Trabalho sem exposição à material biológico Acidente do Trabalho considerado como Doença Profissional Acidente do Trabalho considerado como Doença do Trabalho Acidente excetuado ao exercício da atividade

2. INFORMAÇÕES SOBRE O(S) ACIDENTADO(S)

- 2.1. Nome do(s) Acidentado(s):
- 2.2. Sexo: Feminino Masculino Outro:
- 2.3. Ocupação:
- 2.4. Data de Admissão / início atividade:
- 2.5. Tempo na Função:
- 2.6. Após quantas horas trabalhadas o acidente ocorreu?
- 2.7. Faz hora extra? Sim Não
- 2.8. O uso da prática de horas extras é repetido? Sim Não Outro:
- 2.9. Há desrespeito a intervalos de pausas entre jornadas? Sim Não
- 2.10. Há situações de excesso de jornada, como mais de duas horas extras/dia? Sim Não
- 2.11. Fez hora extra no dia do acidente? Sim Não
- 2.12. Horário de trabalho (prescrito e real. Detalhar):
- 2.13. Parte(s) do corpo atingida(s):

3. DESCRIÇÃO DO TRABALHO NORMAL (SEM ACIDENTE)

https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=59232783&infra_s... 1/5



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



10/10/2024, 14:36

SEI/SEDE - 43218532 - Despacho - SEI

- 3.1. Quem fazia o trabalho?
- 3.2. O que fazia? (descrever a atividade que desenvolvia)
- 3.3. O trabalho realizado era: Rotineiro ou habitual Novo, feito pela primeira vez Conhecido, feito com frequência Raro ou infrequente Conhecido, feito com frequência, mas usando recursos ou meios não habituais. Ou seja, o acidentado é deslocado de seu local habitual de trabalho e trabalha em outro ambiente, interage com novas pessoas e usa recursos diferentes daqueles do cotidiano que conhece em detalhes e sabe que pode confiar Outro:
- 3.4. Com o que fazia?
- 3.5. Como fazia? (gestos, regras ...)
- 3.6. Com quem fazia?
- 3.7. Quando fazia?
- 3.8. Há meta ou exigência de produção para individuo ou grupo? Sim Não Outro:
- 3.9. Há supervisão direta ou cobranças mediadas por outra pessoa? Sim Não Outro:
- 3.10. Existe algum trabalho que é desenvolvido e que não era habitual? Sim Não Outro:
- 3.11. O que aconteceu, acontece diretamente no curso da atividade habitual ou ao lidar com variabilidades ocorridas? Sim Não Outro:
- 3.12. Descrição do local do acidente:
- 3.13. O que é preciso fazer antes de começar esse trabalho?
- 3.14. Há alguma coisa que se não tiver sido feita ou se apresentar problemas impede o início ou dificulta a realização do trabalho? Caso "sim", especifique no campo "outros". Sim Não Outro:
- 3.15. Quem faz isso? Caso a resposta anterior for "sim" especificar quem faz no campo "outros". Não há nada que se não tiver sido feito ou se apresentar problemas impede o início ou dificulta a realização do trabalho Outro:
- 3.16. Qual é a sequência de operações a ser realizada pelo trabalhador para fazer esse trabalho?
- 3.17. Existe "Procedimento" ou "passo a passo" para executar este trabalho? Caso "sim", anexar cópia e esclarecer com o trabalhador eventuais diferenças (caso exista no "POP") entre o jeito que faz e a descrição relatada pelo acidentado. Acrescente no campo "outros" se houve o esclarecimento. Sim Não Outro:
- 3.18. Quem elabora e como? (Há participação de trabalhadores?)
- 3.19. Na ocasião do acidente, a maneira que o trabalho era realizado requeria posturas incômodas? Caso "sim", detalhe a sequência de movimentos e partes do corpo mais exigidas no campo "outros". Sim Não exigia posturas incômodas Outro:

https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=59232783&infra_s... 2/5



10/10/2024, 14:36

SEI/SEDE - 43218532 - Despacho - SEI

3.20. Na ocasião do acidente, o trabalho era realizado sem apoios para os membros superiores ou inferiores? Caso "sim", descreva no campo "outros" o apoio adequado. Sim O trabalho era realizado com apoios adequados O trabalho realizado não necessita de apoios para os membros superiores ou inferiores Outro:

3.21. Na ocasião do acidente, o trabalho era realizado com dificuldades de visualização? Sim Não Outro:

3.22. As condições do sistema associadas às origens desses MO possuíam: Mobiliários inadequados Recursos técnicos (equipamentos ou ferramentas) impróprios Pressões de tempo Materiais sem pega Uso concomitante de braços para outra atividade Outro:

3.23. Quais máquinas, equipamentos e materiais foram utilizados pelo acidentado na tarefa em curso ou outra diretamente relacionada ao acidente?

3.24. Como está as condições de uso do equipamento [funciona bem?] para realizar o procedimento relacionado à atividade envolvida no acidente? (detalhe todos os aspectos do funcionamento e operação do equipamento)

3.25. Quais são as mudanças, variabilidades e as dificuldades mais frequentes no trabalho? O que faz para enfrentar ou resolver? Quais as implicações que essa mudança traz para a segurança?

3.26. Há algo que precisa ser feito (cuidados a tomar) em relação à continuidade / passagem do trabalho pronto para outros colegas?

4. DESCRIÇÃO DO ACIDENTE

4.1. Descreva as lesões ou conseqüências geradas sobre o ocorrido. (Pergunte: O que aconteceu? r. ex.: AE sofre perfuração no 3° quirodáctilo da ME por agulha)

4.2. Descreva o acidente prop. dito. (Pergunte: Quais as razões que explicam a agulha perfurar o 3° quirodáctilo da ME da AE? r. ex.: O 3° quirodáctilo da ME da AE resvala na agulha da seringa)

4.3. Descreva as mudanças que levam ao acidente. (Pergunte: Que fatores explicam que a agulha da seringa resvala no 3° quirodáctilo da ME da AE? r. ex.: Fracasso em manobra de desobstrução do equipo entupido; O medicamento retorna pela extensão do equipo e entope-o.

OBSERVAÇÃO: Quando o acidente for com exposição a material biológico, munir-se do formulário de análise simples de causa raiz de acidentes com perfurocortantes

https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=59232783&infra_s... 3/5

10/10/2024, 14:36

SEI/SEDE - 43218532 - Despacho - SEI

4.4. Informações complementares (Pergunte: Que fatores explicam o fracasso na desobstrução equipo entupido? r. ex.: Equipe instala equipo disponível, com injetor lateral (que permite desobstrução com seringa); Equipo usado é mais rígido que o habitual, exigindo mais força na retirada da agulha; O modo operatório usado deixa a mão que apoia o injetor a centímetros da agulha que é retirada.)

4.5. Registre as mudanças em componentes do sistema que foram identificadas como participantes do acidente explicando as origens dessas mudanças (componentes do sistema - Indivíduo, Tarefa, Material e Ambiente de Trabalho físico ou organizacional):

4.6. Quais as situações potencialmente nocivas presentes no acidente? Há indicação de barreiras em literatura/legislação para estas situações nocivas? Estas barreiras estão instaladas com falha ou sem falha? Estão ausentes ou com falhas na instalação?

4.7. Qual a fonte da condição nociva?

4.8. Quais as barreiras que existiam no sistema para evitar acidentes desse tipo?

4.9. Quais as barreiras que falharam?

4.10. Registre a(s) razão(ões) que contribuiu(íram) para a(s) falha(s) ou ausência(s) de barreira(s):

4.11. Alguma barreira não existente poderia ter evitado ou minimizado as consequências do acidente? Sim Não Outro:

4.12. Quais as razões da inexistência dessa barreira?

4.13. Registre a condição ou evento com potencial nocivo, explicando as razões da ocorrência de todas as falhas e ausências de barreiras identificadas no sistema.

https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=59232783&infra_s... 4/5

10/10/2024, 14:36

SEI/SEDE - 43218532 - Despacho - SEI

Atenciosamente,

Responsável pela Inspeção

Cargo
SIAPE:
HUAB/EBSERH-UFRN

Responsável pela Inspeção

Cargo
SIAPE:
HUAB/EBSERH-UFRN



APÊNDICE C – Relatório de Análise do Acidente do Trabalho – RAAT

10/10/2024, 15:03

SEI/SEDE - 43235027 - Relatório - SEI



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro
Santa Cruz-RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Relatório - SEI nº 95/2024/USOST/DIVGP/GAD/HUAB-UFRN-EBSEH

Santa Cruz, data da assinatura eletrônica.

RELATÓRIO DE ANÁLISE E INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO

1. RESUMO DO CASO
2. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE HABITUAL
3. ANÁLISE DE BARREIRAS
4. ANÁLISE DE MUDANÇAS
5. GESTÃO DA SEGURANÇA
6. GESTÃO DA PRODUÇÃO
7. AMPLIAÇÃO CONCEITUAL
8. CONCLUSÃO
9. RECOMENDAÇÕES DE PREVENÇÃO

Medidas de controle	Responsável	Prazo
		/ / a / /
		/ / a / /
		/ / a / /

https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=59250874&infra_s... 1/2



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



10/10/2024, 15:03

SEI/SEDE - 43235027 - Relatório - SEI

10. EQUIPE DE ANÁLISE

Nome	Cargo ou Função

11. COMUNICAÇÃO PARA CIÊNCIA

Nome	Cargo ou Função
	Gerência Administrativa
	Divisão de Gestão de Pessoas
	Chefia imediata do acidentado
	Presidente da CIPA

Registro Fotográfico - Evidências das visitas in loco no local do acidente

<i>Clique aqui para digitar texto.</i>	<i>Clique aqui para digitar texto.</i>	<i>Clique aqui para digitar texto.</i>

Atenciosamente,

Nome
Cargo:
SIAPE:
HUAB/EBSERH-UFRN

Nome
Cargo:
SIAPE:
HUAB/EBSERH-UFRN

Referência: Processo nº 23527.007477/2024-68 SEI nº 43235027https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=59250874&infra_s... 2/2

APÊNDICE A – Fichas de notificação compulsória – SINAN

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE NOTIFICAÇÃO				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tracoma			3 Data da Notificação
	2 Agravado/doença			7 Data dos Primeiros Sintomas
	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código
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 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1 Branca 2 Preta 3 Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- 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 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 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	20 UF	21 Município de Residência		Código (IBGE)
	23 Bairro			22 Distrito
	24 Logradouro (rua, avenida,...)			Código
	25 Número	26 Complemento (apto., casa, ...)		27 Geo campo 1
	28 Geo campo 2			29 Ponto de Referência
	31 (DDD) Telefone			30 CEP
	32 Zona 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

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			05	Contato com caso semelhante ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	06	Presença de exantema ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	07	Data do início do exatema	08	Presença de petéquias ou sufusões hemorrágicas ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	09	Foi realizado líquor ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	10					Resultado da bacterioscopia :	
	11	O paciente tomou vacina contra agravo notificado neste impresso? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	12	Data da última dose tomada	13	Ocorreu hospitalização ?	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: _____		

Dados Complementares/ Notificação

SVS 17/07/2006

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 1-1º trimestre 2-2º trimestre 3-3º trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- 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 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			
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 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	





HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Certidão

Processo nº 23527.007507/2024-36

Interessado: USOST/DIVGP/GAD/Huab-RN

Certidão de Assinatura do Procedimento Operacional Padrão (Externo) Versão 1/2024
(47545927)

ELABORAÇÃO	ASSINATURA
Douglas Vidal Gomes da Silva Chefe da Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho	Assinado eletronicamente via SEI
REVISÃO	ASSINATURA
Lee Zandra Medeiros de Santana Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas, substituta	Assinado eletronicamente via SEI
VALIDAÇÃO	ASSINATURA
Vanessa Freires Maia Setor de Gestão da Qualidade	Assinado eletronicamente via SEI
APROVAÇÃO	ASSINATURA
Lee Zandra Medeiros de Santana Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas, substituta	Assinado eletronicamente via SEI



Documento assinado eletronicamente por **Douglas Vidal Gomes da Silva, Chefe de Unidade**, em 10/03/2025, às 14:44, 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 **Lee Zandra Medeiros de Santana, Chefe de Divisão, Substituto(a)**, em 11/03/2025, às 13:30, 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 **Vanessa Freires Maia, Enfermeiro(a)**, em 27/03/2025, às 11:12, 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 **47549009** e o código CRC **9141E723**.

Referência: Processo nº 23527.007507/2024-36

SEI nº 47549009