

POP

HC-UFTM/HU BRASIL

Fluxos e Rotinas na Ocorrência de Acidentes de Trabalho

Versão: 1 | 2026

SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE ADMINISTRATIVO

RODRIGO JULIANO MOLINA

CHEFE DA DIVISÃO DE GESTÃO DE PESSOAS

ANA PALMIRA SOARES DOS SANTOS

CHEFE DA UNIDADE DE SAÚDE OCUPACIONAL E SEGURANÇA DO TRABALHO

RAFAEL CAMPOS OLIVEIRA JORDÃO

ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL

Weide Dayane Marques Nascimento, Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho
Bruno Medeiros Coelho, Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho

ANÁLISE

Rafael Campos Oliveira Jordão, Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho

VALIDAÇÃO TÉCNICA

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Ana Palmira Soares Dos Santos, Divisão de Gestão de Pessoas

Data da emissão: 8/7/2026

Vigência: dois anos

Código do documento: POP.HC-UFTM-USOST.002

ISBN:

Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados. © 2026, HU Brasil. Todos os direitos reservados
www.gov.br/hubrasil



1. OBJETIVO

Definir os procedimentos a serem adotados quando ocorrerem acidentes de trabalho, acidentes durante atividades acadêmicas ou doença ocupacional no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), sob responsabilidade das Unidades de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (USOST).

2. INFORMAÇÕES GERAIS

2.1 Conceitos

a) Acidente de trabalho ou de trajeto: evento ocorrido no exercício da atividade profissional a serviço da empresa ou no deslocamento residência ↔ trabalho, que provoque lesão corporal, perturbação funcional, redução ou perda da capacidade para o trabalho (temporária ou permanente) ou óbito, conforme a Lei nº 8.213/91.

b) Acidente durante atividades acadêmicas no HC-UFTM: evento inesperado e indesejado ocorrido com o estudante no exercício de atividades relacionadas ao processo de ensino e aprendizagem, dentro do complexo do HC-UFTM, que provoque lesão corporal, perturbação funcional, redução ou perda da capacidade (temporária ou permanente) para realizar as atividades acadêmicas.

c) Doença ocupacional: produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade, constante da relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e Previdência.

2.2 Tipos de Exposição em Acidentes de Trabalho

a) Exposição Biológica

- Contato direto ou indireto com sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, tecidos ou órgãos contaminados.
- Exemplos: acidentes com materiais perfurocortantes; respingos em mucosas; contato de pele não íntegra; atendimento a pacientes com doenças infectocontagiosas.
- Base legal: Norma Regulamentadora 32 - NR-32 (Portaria nº 485/2005); manual do MS (2004).

b) Exposição Química

- Contato, inalação, ingestão ou absorção cutânea de agentes químicos nocivos.
- Exemplos: manipulação de medicamentos, solventes, desinfetantes; vazamentos; atmosferas contaminadas.
- Base legal: NR-9 (Portaria nº 3.214/1978); NR-32.

c) Exposição Física

- Agentes ambientais que afetam diretamente o organismo.
- Exemplos: ruído; vibração; radiações ionizantes e não ionizantes; temperaturas extremas; pressões anormais.
- Base legal: NR-9; NR-32.

d) Exposição Ergonômica

- Refere-se ao conjunto de condições que envolvem a adaptação do trabalho ao trabalhador. Decorre da inadequação das condições de trabalho em relação às características do trabalhador.
- Exemplos: esforços físicos intensos; movimentos repetitivos; posturas inadequadas;



trabalho noturno ou em turnos prolongados; ritmo excessivo.

- Base legal: Lei nº 8.213/91; NR-17.

e) Exposição Mecânica (máquinas e equipamentos)

- Situações com risco imediato de lesão física.
- Exemplos: quedas; choques; atropelamentos; aprisionamento em máquinas.
- Base legal: Lei nº 8.112/90; Lei nº 8.213/91.

3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

3.1 Acidente de Trabalho Típico

a) Conceito

É o acidente que ocorre na execução do trabalho ou da atividade acadêmica no HC-UFTM. Acidente sofrido pelo empregado ou estudante no exercício do trabalho ou da atividade acadêmica, respectivamente, excetuando-se os casos de trajeto (fluxograma em figura 1).

Poderá ser com exposição a material biológico (fluxograma em figura 2) 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 Protocolo “Profilaxia Pós-Exposição de Risco de Infecção pelo HIV, Sífilis e Hepatites Virais com Materiais Biológicos”.

[PRT.HC-UFTM-UVS.013 Profilaxia Pós-Exposição de Risco de Infecção pelo HIV, Sífilis e Hepatites Virais com Materiais Biológicos, versão 3](#)

b) Procedimentos

- Comunicação imediata à chefia e preenchimento da Ficha de Análise de Acidente (FAA);
- Procurar o Serviço de Acolhimento do Pronto Socorro (PSA);
- Encaminhamento ao primeiro atendimento médico no HC-UFTM ou, se externo, acionar Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU (192) ou Corpo de Bombeiros (193);
- Após atendimento médico, o(a) trabalhador(a) deverá comparecer à USOST em até 24 horas úteis a contar da data do acidente para Relatório de Investigação de Acidente de Trabalho – RIAT e emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT (quando aplicável).
- Em caso de estudantes/residentes, após o atendimento médico, deverá comparecer à Divisão de Assistência Estudantil em Saúde da UFTM (DIAES) em até 24 horas úteis a contar da data do acidente para Notificação do Agravado (ficha de notificação em anexo V).

c) Responsabilidades

- Chefia imediata, preceptor ou professor responsável → abertura da FAA (anexo I);
- Empregados Ebserh/HU Brasil → emissão CAT pela USOST (anexo II);
- Servidores UFTM → abertura de CAT-SP via Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) pelo Departamento de Atenção à Saúde do Servidor - DASS (anexo III);
- Residentes/estagiários → SINAN pela DIAES (anexo V);
- Terceirizados CLT → CAT pela empresa terceirizada, com cópia à USOST.

3.1.1 Acidente de Trabalho de Trajeto

a) Conceito

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. Não se aplica ao estudante.

b) Procedimento

Na ocorrência de acidente de trabalho de trajeto (ver figura 3), se o(a) trabalhador(a) acidentado(a) necessitar de **atendimento médico-hospitalar**, **deverá** ser acionado o SAMU ou o Corpo de Bombeiros. Se não necessitar de atendimento deverá registrar **Boletim de Ocorrência**. A cópia do boletim de ocorrência Policial ou do Corpo de Bombeiros, ou o registro do atendimento médico hospitalar com referência ao acidente é imprescindível para preenchimento de RIAT e abertura de CAT.

c) Responsabilidades

O(A) trabalhador(a) deverá comparecer à USOST em até 24 horas úteis a contar da data do acidente com algum dos documentos listados no parágrafo anterior, para atendimento e elaboração de RIAT e emissão de CAT, se empregado da Rede HU Brasil, pela equipe de segurança do trabalho da USOST. Em caso de servidor da UFTM, a RIAT será encaminhada para abertura de CAT – SP por servidor da UFTM com acesso ao SIASS. Em caso de terceirizados CLT, a RIAT e a CAT serão de responsabilidade da própria terceirizada, cabendo à equipe de segurança da USOST fornecer o anexo II e solicitar cópia da CAT.

3.1.2 Acidente de Trabalho Fatal

Considera-se acidente fatal aquele que resulta no óbito imediato do trabalhador/estudante ou que venha a ocasionar sua morte posteriormente, em ambiente hospitalar ou não, desde que a causa básica, intermediária ou imediata do óbito seja decorrente do acidente. Ressalta-se que, nos termos do art. 212 da Lei nº 8.112/90, se configura como acidente em serviço o dano físico ou mental sofrido pelo servidor que guarde relação, mediata ou imediata, com as atribuições do cargo por ele exercido.

Em caso de **acidente fatal do empregado da Rede HU Brasil** (figura 4), a USOST comunicará, de imediato, à autoridade policial competente e ao órgão regional do Ministério do Trabalho e Previdência, e a equipe de segurança do trabalho emitirá a respectiva CAT de óbito. Também deverá isolar os locais diretamente relacionados ao acidente, mantendo suas características até sua liberação pela autoridade policial competente e pelo órgão regional do Ministério do Trabalho e Previdência.

Em caso de **óbito de servidor da UFTM**, a chefia imediata ou o setor de gestão de pessoas do órgão deve ser informado de imediato para dar início aos procedimentos internos. Nessa situação, a equipe de segurança do trabalho do DASS deve providenciar o preenchimento e a emissão da CAT/SP imediatamente após o acidente fatal. O caso será então encaminhado para perícia oficial em saúde, a fim de confirmar a causa da morte e sua relação com o trabalho. Paralelamente, a unidade de recursos humanos abrirá processo administrativo para registrar o óbito, apurar as circunstâncias e assegurar aos dependentes o acesso aos benefícios previstos.

Em ambos, faz-se necessário a comunicação à Divisão de Gestão de Pessoas e à Superintendência, para procedimentos cabíveis.

Em caso de **óbito de estudante**, a DIAES comunicará, de imediato, à Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários e Estudantis (PROACE) para acionamento do seguro coletivo estudantil para acidentes pessoais, conforme Rotina Operacional Padrão nº 01.02/2024 da PROACE sobre Seguro Coletivo Estudantil e demais procedimentos cabíveis.



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

3.2 Doença Ocupacional

a) Classificação

Doença Profissional: produzida ou desencadeada pelo exercício peculiar de determinada atividade.

Doença do Trabalho: adquirida em função das condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente.

b) Procedimentos

- Todo empregado(a) suspeito de doença ocupacional (figura 5) deverá informar imediatamente por telefone ou e-mail à USOST para fins de investigação e registro.
- Investigação pela USOST sempre que houver suspeita de nexo causal, seja pelo(a) empregado(a), Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, sua chefia ou pela própria medicina do trabalho. Deverão ser observados os vínculos jurídicos para prosseguimento da investigação, sendo que os Médicos(as) do Trabalho da Rede HU Brasil investigarão as suspeitas de doença ocupacional de empregados da Rede HU Brasil (efetivos, temporários ou cedidos).
- Estabelecimento do nexo causal é privativo do Médico(a) do Trabalho.
- Realização de anamnese, exames clínicos, além de solicitar parecer de especialista e exames complementares conforme a necessidade. Torna-se obrigatória a 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 nexo causal.
- Em caso de confirmação → abertura de CAT pela equipe de segurança do trabalho;
- Se afastamento > 15 dias → encaminhamento ao INSS para perícia. O(a) empregado(a) deverá 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.

3.3 Orientações Finais

Quando ocorrer acidente de trabalho típico com material biológico, a comunicação deverá seguir os procedimentos estabelecidos no *Fluxo de Acidentes com exposição à material biológico* (figura 2). Ressalta-se que a FAA é retida pelo técnico de laboratório após a coleta do exame de sangue para testagem de sorologias do acidentado; para os demais tipos de acidente, a FAA permanece no Acolhimento do Pronto Socorro, conforme fluxograma.

Na ocorrência de licenças médicas para tratamento de saúde de empregados da Rede HU Brasil, os períodos de afastamento devem ser cadastrados, pela equipe de saúde ocupacional da USOST, no Portal do Empregado (MENTORH).

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

Se o(a) trabalhador(a) acidentado(a) for servidor público (cedido ou não), a RIAT (anexo III) 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 Rede HU Brasil, 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).

Da comunicação, poderão receber cópia fiel o acidentado ou seus dependentes, bem como o sindicato a que corresponda a sua categoria.

Com o objetivo de prevenir a reincidência de acidentes de trabalho semelhantes, a USOST, em conjunto com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e com a chefia imediata do(a) acidentado(a) deverão elaborar Plano de Ação no preenchimento da RIAT, a ser implementado em conjunto com os(as) envolvidos(as).

Os acidentes de trabalho devem ser notificados de forma compulsória no SINAN, sendo que aqueles com exposição a material biológico (anexo VI) deverão ser realizados de forma semanal e os demais acidentes de trabalho (anexo VII), de forma imediata (até 24 horas). É responsabilidade da unidade de saúde do trabalhador o envio da notificação à Unidade de Vigilância em Saúde do HC-UFTM, que comunica à Secretaria de Saúde do Município, conforme previsto na Portaria nº 5.201, de 15 de agosto de 2024.

4. FLUXOGRAMAS DOS PROCESSOS

Figura 1 – Fluxograma de Acidente do Trabalho Típico

Figura 2 – Fluxograma de Acidente do Trabalho com Material Biológico no HC-UFTM

Figura 3 – Fluxograma de Acidente do Trabalho de Trajeto

Figura 4 – Fluxograma de Acidente do Trabalho Fatal

Figura 5 – Fluxograma de Doença Ocupacional



Figura 1 – Fluxograma de Acidente do Trabalho Típico

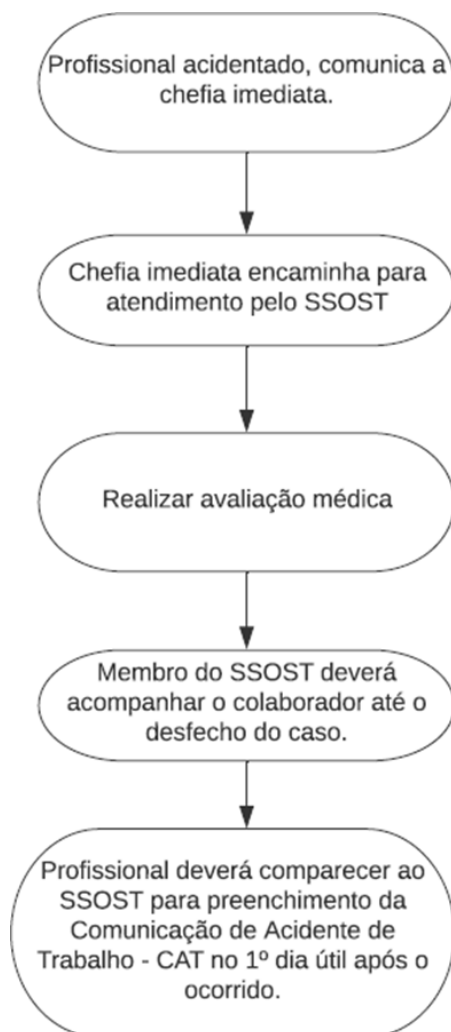
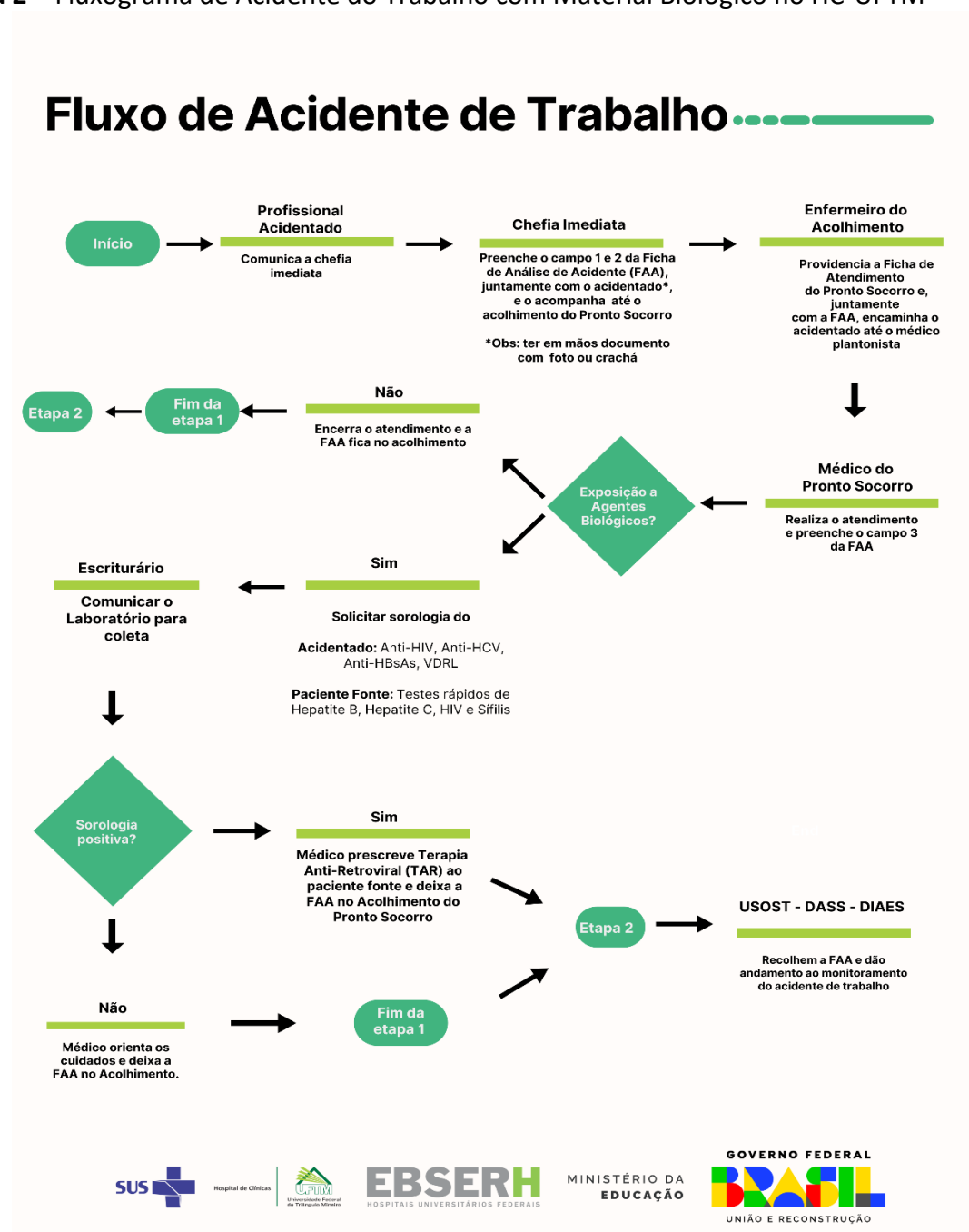


Figura 2 – Fluxograma de Acidente do Trabalho com Material Biológico no HC-UFTM



Nota: Embora a ficha de notificação do Sinan não reconheça sífilis como doença de risco ocupacional, ela é investigada para promoção de saúde do trabalhador.

Figura 3 – Fluxograma de Acidente do Trabalho de Trajeto

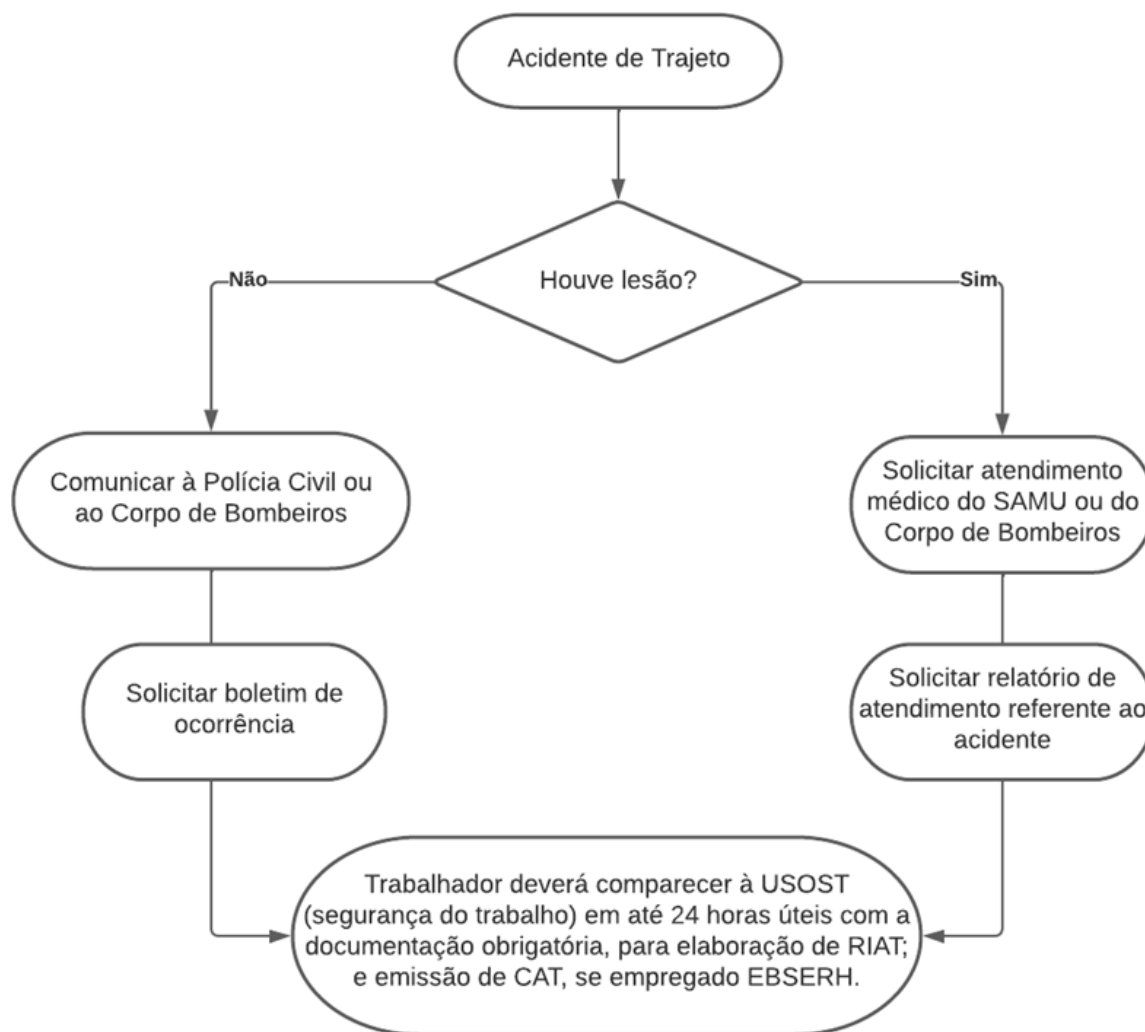


Figura 4 – Fluxograma de Acidente do Trabalho Fatal

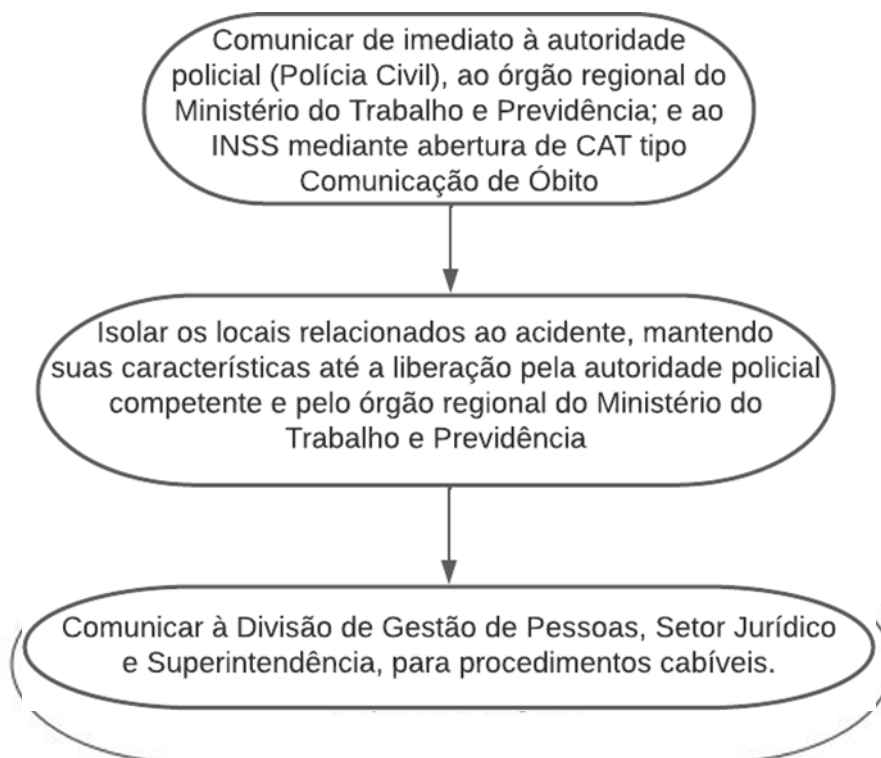
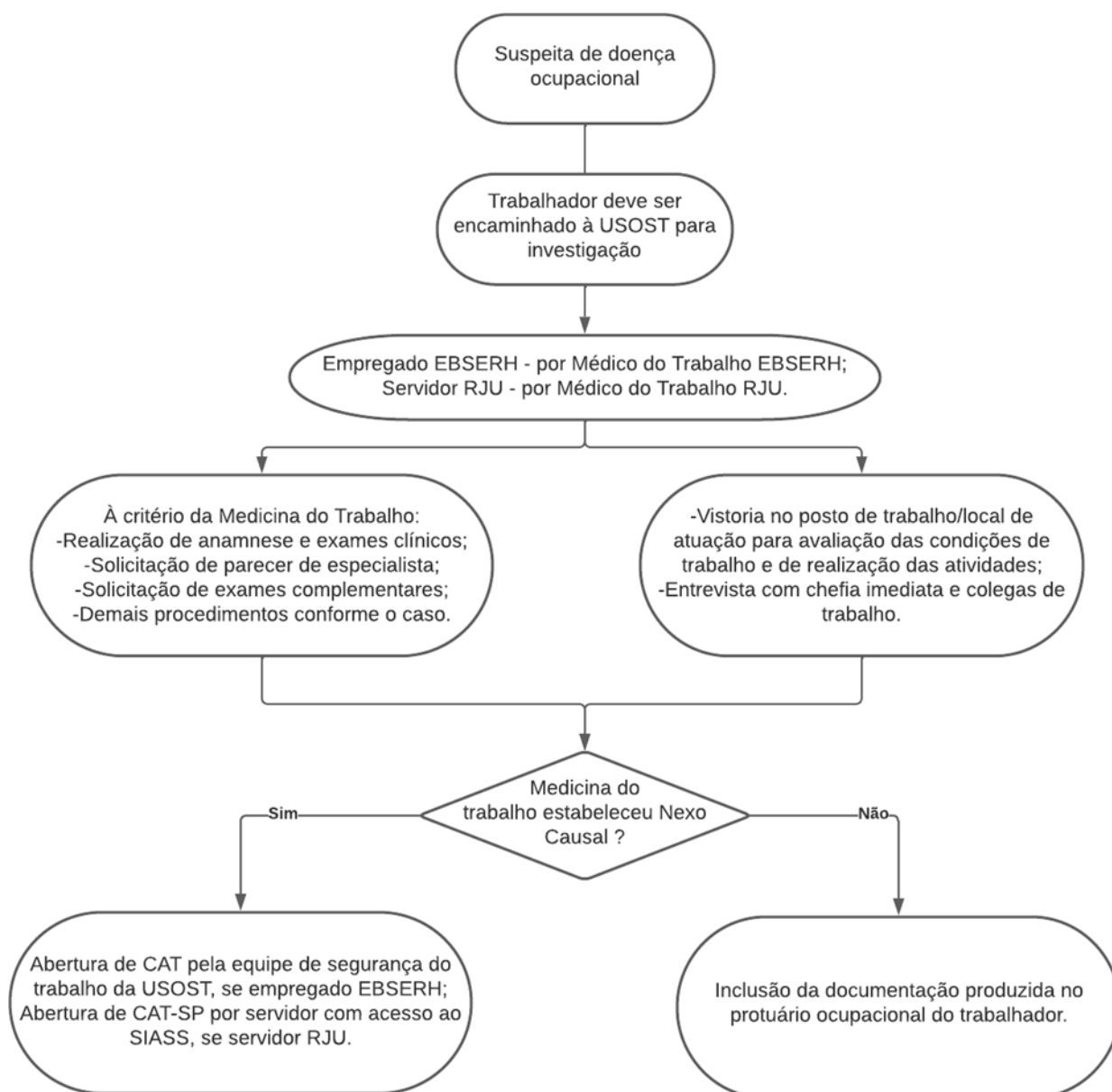


Figura 5 – Fluxograma de Doença Ocupacional



5. REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. *Texto consolidado*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8112compilado.htm. Acesso em: 2 out. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Procedimentos para Serviços de Saúde: vigilância em saúde do trabalhador.** Brasília: MS, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 5.201, de 15 de agosto de 2024.** Itera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para

incluir novas doenças na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, e modifica o Anexo XLIII à Portaria de Consolidação MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para revogar o item I da Lista Nacional de Doenças e Agravos a serem monitorados pela Estratégia de Vigilância Sentinela. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 ago. 2024. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5201_19_08_2024.html. Acesso em: 16 dez. 2025.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm. Acesso em: 2 out. 2025.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora NR-9 – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais**. Portaria nº 3.214, de 8 de junho de 1978.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora NR-32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde**. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **POP.SSOST.007 – Acidente de Trabalho**. Versão 1. Brasília: EBSERH, 2022. 20 p.

6. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da ação/atualização
1	8/7/2026	Elaboração da 1ª versão do Procedimento Operacional Padrão

7. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração – data: 6/2/2026

Weide Dayane Marques Nascimento, enfermeira da Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (USOST)

Bruno Medeiros Coelho, engenheiro de segurança do trabalho da USOST

Análise – data: 24/3/2026

Rafael Campos Oliveira Jordão, chefe da USOST

Aprovação – data: 4/5/2026

Ana Palmira Soares dos Santos, chefe da Divisão de Gestão de Pessoas

Validação técnica – data: 29/6/2026

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

Registro, validação de forma e revisão – data: 8/7/2026

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental

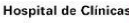


Hospital de Clínicas



8. ANEXOS

ANEXO I – FICHA DE ANÁLISE DE ACIDENTE (FAA) ATUALIZADA

 		FICHA DE ANÁLISE DE ACIDENTE (FAA)		DAAS/ DIAES/ USOST 
DATA DO ACIDENTE: ____/____/____ HORÁRIO: _____				
VÍNCULO		TIPO DE EXPOSIÇÃO		
☐ Servidor UFTM		☐ Material Biológico		
☐ Ebserh		☐ Fatores Ergonômica		
☐ Residente / Estudante		☐ Química		
☐ Terceirizado:		☐ Agente Físico		
		☐ Outras:		
Chefia Imediata	1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTADO			
	Nome: _____ Sexo ☐ F ☐ M Nascimento: ____/____/____ *RG(Identidade): _____ SIAPE ou MATRÍCULA: _____ Horário de trabalho: _____ Data Admissão / Tempo de Trabalho: _____ Cargo: _____ Setor de Lotação/Curso: _____ Ramal: _____ Telefone/celular ☐ _____ Gestante: ☐ Não ☐ Sim Idade gestacional: _____ Raça/cor: _____ Escolaridade: _____ CEP: _____ Cidade/Estado: _____ Endereço: _____ Bairro: _____ * Obrigatório portar documento com foto			
Chefia Imediata	2 - COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE			
	Nº do prontuário do paciente fonte: _____ Descrição de como ocorreu o acidente (o que ocorreu, como, local...): _____ _____ _____ Utilizava EPI? ☐ não ☐ sim. Quais? _____ Assinatura do Acidentado: _____ Assinatura de Testemunha (Nome por extenso): _____ Data: ____/____/____ Assinatura e carimbo da chefia: _____			
Médico Plantonista do Pronto Socorro Adulto	3 - AVALIAÇÃO MÉDICA IMEDIATA (Médico plantonista do Pronto Socorro Adulto)			
	3.1 Parte(s) do corpo atingida(s): _____ 3.2 Diagnóstico/ CID: _____ _____ 3.3 Se acidente c/ exposição a material biológico: 3.3.1 - Gravidade ☐ maior risco (grande volume de sangue, lesão profunda e contato prolongado) ☐ menor risco (ausência de sangue visível, lesão superficial, tempo curto de contato e agulha de sutura) 3.3.2 RG (HC/UFTM) de Paciente fonte: _____ ☐ Paciente fonte desconhecido 3.3.2.1 Resultados do Teste rápido Anti -HIV: _____ HbsAg: _____ Anti-HCV: _____ VDRL: _____ Outro: _____ 3.3.3 Acidentado: RG: _____ Solicitar Anti-HIV: _____ Anti-HCV: _____ HbsAg: _____ Anti-HBs: _____ VDRL: _____ 3.3.4 Conduta/tratamento ☐ Paciente fonte portador de HIV: ☐ Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Dolutegravir (DLG) ☐ Encaminhar para ambulatório Maria da Glória/Amb. DIP ☐ Paciente fonte portador de Hepatite B ou C: avaliar status vacinal contra Hepatite B e Anti-HBS e encaminhar para Ambulatório Maria da Glória/Amb. de Hepatites da UFTM 3.4 Outra Conduta: _____ 3.5 Exposição a material biológico (TRYPANOSSOMA CRUZI): _____ ☐ Exposto: Procurar imediatamente o Médico Plantonista da Clínica Médica ☐ Profilaxia: Benznidazol de acordo com o protocolo da DIP Data: ____/____/____ Hora do atendimento: _____ Assinatura e carimbo (CRM): _____			

DASS/DIAES/USOST - EBSERH	4 - AVALIAÇÃO DO(A) MÉDICO(A) DO TRABALHO 4.1 Acidente/Doença relacionada ao trabalho (DRT): () Sem afastamento () Com afastamento _____ Dias 4.2 CID _____ 4.3 Diagnóstico: _____ 4.4 Conduta: _____ _____ _____ _____ Data: ____/____/____ Assinatura e carimbo (CRM): _____
	5 - AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM (SAÚDE DO TRABALHADOR) 5.1 Se exposição a material biológico: 5.1.1 Acidentado - Esquema completo de Vacinação contra Tétano () Não () Sim (nº doses ____) - Esquema completo de Vacinação contra Hepatite B () Não () Sim (nº doses ____) - Anti-HBs: () maior ou igual a 10 UI/L () menor que 10 UI/L () não realizado () solicitado - Hbs-Ag: () realizado () não realizado () solicitado - Anti-HIV: () realizado () não realizado () solicitado - Anti-HCV: () realizado () não realizado () solicitado Obs: _____ _____ 5.2 Datas de monitorização sorológica: ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ 5.3 Outro: _____ 5.4 Orientações e Conduta: _____ _____ () Encaminhado (a) para ambulatório Maria da Glória/Amb. DIP Data ____/____/____ Assinatura e carimbo (COREN): _____
DASS/DIAES/USOST - EBSERH	6 - INVESTIGAÇÃO DO ACIDENTE (SEGURANÇA DO TRABALHO) _____ _____ _____ _____ _____ 6.1 Agente causador da lesão _____ 6.2 Instruções de Segurança () Sim () Não Fornecidas por _____ 6.4 Sofreu acidente anterior () Sim () Não () com afast. () sem afast. () Quantos? _____ 6.5 Utilizava EPI? () Sim () Não Quais deveria: _____ 6.6 Ato Inseguro? () Sim () Não Especificar: _____ 6.7 Condição Insegura? () Sim () Não Especificar: _____ Recomendações: _____ _____ 7- CONCLUSÃO DO ACIDENTE Tipo de acidente: _____ Se desclassificado. Motivo: _____ _____ N° CAT - INSS: _____ Data: ____/____/____ Assinatura e carimbo (Registro MTE): _____ Assinatura do trabalhador: _____

ANEXO II – RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO (RIAT) E COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO (CAT) PARA EMPREGADOS DA REDE HU BRASIL

RIAT - Relatório de Investigação de Acidente do Trabalho					
[Incluir] [Alterar] [Consultar] [Excluir] [Imprimir] [Gerar]					
Código:	Unidade:				
1000000000	Ebserh-Sede				
Matrícula:	Nome:				
#	Data do Acidente	Matrícula	Nome	Lotação	
Incluir RIAT - Relatório de Investigação de Acidente do Trabalho					
Identificação Investigação Atestado Conclusão CAT					
Código:					
Dados do Empregado Acidentado					
Matrícula:	Nome:	Idade:	Sexo:		
Lotação:	Cargo:				
Unidade:					
Dados da Ocorrência					
Registro Policial:	Nº do Registro:	Data do Acidente:	Hora do Acidente:	Data CAT:	Após quantas horas trabalhando:
Sim: Não:					
Acidentes Anteriores:	Tempo de Serviço (Na Empresa):	Tempo de Serviço (Na Função):			
Sim: Não:					
LOCAL DO ACIDENTE					
Tipo de Local:		Tipo de Inscrição:		Número de Inscrição:	
Local do acidente:		Especificação do local:			
CEP:	Tipo de Logradouro:	Logradouro:	Número:		
Complemento:		Bairro/Distrito:			
Município:	UF:	País:			
Classificação do Acidente					
Incidente / Quase Acidente: ☐					
Tipo de Lesão:		Tipo do Acidente:		Tipo de Dano Material:	
Nível da Gravidade da Ocorrência:		Tipo de Gravidade:			
Nível de Gravidade		Tipo de Gravidade			Ação
		Nenhum registro			
Descrição do Acidente/Incidente e Consequências (Lesões, Danos Materiais, Outras Informações):					
Em caso de perfurações ou cortes com materiais contaminados, o colaborador recebeu medicação e fez exames de teste rápido? Se a resposta for positiva, descrever qual medicação e quais exames foram feitos.					
[Salvar] [Emitir CAT] [Imprimir CAT] [Limpar] [Fechar]					

Identificação

Investigação

Atestado

Conclusão

CAT

Investigação e Análise do Acidente

Grupo:

Item do Grupo

Grupo de Investigação e Análise do Acidente

Item do Grupo

Ação

Nenhum registro

Observações:

Identificação

Investigação

Atestado

Conclusão

CAT

Plano de Ação

Matrícula:

Responsável:

Setor/Lotação:

Prazo:

Ação:

Setor/Lotação

Responsável

Prazo

Ação

Nenhum registro

Responsável Imediato do Colaborador

Matrícula:

Nome:

SOST

Matrícula:

Nome:

Colaborador Envolvido

Matrícula:

Nome:

Parecer CIPA

Matrícula:

Nome:

Parecer da CIPA sobre o acidente:

Salvar

Emitir CAT

Imprimir CAT

Limpar

Fechar

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

ANEXO III – COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE EM SERVIÇO/SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL (CAT/S)

Parte(s) do corpo atingido(s) *				(TABELA I)
Agente Causador do Acidente				(TABELA II)
Agente Causador				(TABELA III)
Situação Geradora do Acidente ou Doença *				(TABELA IV)
Houve Registro Policial? *	☐	Houve Morte? *	☐	NÃO
LOCAL DO ACIDENTE/DOENÇA				
Local *	Ex: Estabelecimento da empregadora, empresa onde a empregadora presta serviço, via pública, área rural, desconhecido ou outros.			
Especificação do Local do Acidente *	Ex: prédio, rampa da empresa, posto de trabalho ou nome da rua			
CGC/CNPJ				
Órgão				
UF *		Município *		
TESTEMUNHA 1				
Nome				
CEP				
Logradouro				
Número			Complemento	
Bairro				
UF		Município		
Telefone				
TESTEMUNHA 2				
Nome				
CEP				
Logradouro				
Número			Complemento	
Bairro				



SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR

NOME DA UNIDADE DE SAÚDE:
NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE:
ENDEREÇO:

DADOS DO SERVIDOR					
Nome					
EMITENTE					
Emitente	Perito	Tipo de CAT *			REABERTURA
Sexo		Data de Nascimento			
CPF		RG			
ENDEREÇO					
Logradouro				Número	
Complemento		Bairro		CEP	
Cidade		UF		DDD	
				Telefone	
E-mail					
DADOS FUNCIONAIS					
Identificação Única		Órgão			
Lotação de Exercício		Matrícula SIAPE			
ACIDENTE OU DOENÇA					
Tipo *		(TÍPICO - DOENÇA - TRAJETO)			
Data do Acidente *		Hora do Acidente *			
Após quantas horas de					
Houve Afastamento? *		Último Dia			



Hospital de Clínicas



ANEXO IV – RIAT PARA OS DEMAIS VÍNCULOS



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



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	8. Idade	9. Sexo () Masculino () Feminino	10. Acidentes Anterior () Sim () Não
	Na Empresa Na Função			
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 Positiv 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,	18. GRUPO B – ACIDENTE-TIPO : É a forma como se dá o contato entre agente da lesão e a vítima do acidente. () Cortes () Perfurações com material contaminado
--	---



Hospital de Clínicas



- () 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 (especificar)

- () Queda de pessoa,
- () Esforço excessivo,
- () Exposição a ... ,
- () Contato com eletricidade.
- () Outras (especificar)

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,
- () Trasebordamento de,
- () Derramamento de,
- () Vazamento de,
- () Deslizamento de.
- () Outras (especificar)
- () 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
_____	_____
_____	_____

RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - RIAT	
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 (especificar): <u>TRAUMA</u>.
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: DISPOSIÇÃO INADEQUADA DE MATERIAIS () Não se aplica	24. GRUPO H – FATOR DE RISCO PESSOAL : São as falhas inerentes pessoa como tal ou profissional, que levam à prática de atos inseguros, são causas indiretas do acidente. () 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

26. PLANO DE AÇÃO:

Providências	Responsável	Prazo

27.	RESPONSÁVEL	IMEDIATO	DO
COLABORADOR			

Data: / /

Ass.: _____

28. SOST

Data: / /

Ass.: _____

29. Colaborador

Envolvido Data:

Ass.: _____

E) PARECER DA CIPA

30. Comentários Sobre o Acidente

31. **D ata:** / /

Ass.: _____

Presidente da CIPA

ANEXO V – FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO		Nº
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tracoma		
	2 Agravado/doença	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	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade			
	15 Número do Cartão SUS			
Notificação de Surto	16 Nome da mãe			
	17 Data dos 1 ^{os} Sintomas do 1º Caso Suspeito	18 Local Inicial de Ocorrência do Surto		
Dados de Residência	19 N° de Casos Suspeitos/Expostos	20 UF		
	21 Município de Residência	Código (IBGE)		
	22 Bairro	23 Distrito		
	24 Logradouro (rua, avenida,...)	Código		
	25 Número	26 Complemento (apto., casa, ...)	27 Geo campo 1	
	28 Geo campo 2	29 Ponto de Referência	30 CEP	
Notificante	31 (DDD) Telefone	32 Zona	33 País (se residente fora do Brasil)	
	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 exantema	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 ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	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: _____							
	19 Local provável de infecção (classificação provisória) País: _____ UF: _____ Município: _____ Distrito: _____ Bairro: _____							

Dados Complementares/ Notificação

SVS 17/07/2006

ANEXO VI – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE INVESTIGAÇÃO		ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO		
Definição de caso: Acidentes envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos ocorridos com os profissionais da área da saúde durante o desenvolvimento do seu trabalho, aonde os mesmos estão expostos a materiais biológicos potencialmente contaminados. Os ferimentos com agulhas e material perfuro cortante em geral são considerados extremamente perigosos por serem potencialmente capazes de transmitir mais de 20 tipos de patógenos diferentes, sendo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o da hepatite B (HBV) e o da hepatite C (HCV) os agentes infecciosos mais comumente envolvidos.				
1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
2 Agravadoença		Código (CID10)	3 Data de Notificação	
ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO		Z20.9		
4 UF		5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
MG		UBERABA	3 1 7 0 1 0 7	
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Acidente	
HC/UFTM - FILIAL EBSERH		2 2 2 0 6 5 9 5		
8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		
10 (ou) Idade		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	
4				
14 Escolaridade		13 Raça/Cor		
3-4ª a 1ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 5-Enino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 6-Enino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica		1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 6-Ignorado		
15 Número do Cartão SUS		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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 3 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)
Dados Complementares do Caso				
31 Ocupação				
32 Situação no Mercado de Trabalho				
01- Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado 02 - Empregado não registrado 06 - Aposentado 10 - Trabalhador avulso 03 - Autônomo/ conta própria 07 - Desempregado 11 - Empregador 04 - Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 12 - Outros 99 - Ignorado				
33 Tempo de Trabalho na Ocupação				
1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano				
Dados da Empresa Contratante				
34 Registro/ CNPJ ou CPF				
15 126141317010151-177				
35 Nome da Empresa ou Empregador				
HC/UFTM - FILIAL EBSERH				
36 Atividade Econômica (CNAE)				
37 UF				
MG				
38 Município				
UBERABA				
Código (IBGE)				
3 1 7 0 1 0 7				
39 Distrito				
40 Bairro				
41 Endereço				
AV. GETÚLIO GUARITÁ				
42 Número				
130				
43 Ponto de Referência				
44 (DDD) Telefone				
45 O Empregador é Empresa Terceirizada				
1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado				
2				
Acidente de trabalho com exposição a material biológico				
Sinan Net				
SVS				
27/09/2005				

Nota: Frente da Ficha do SINAN



Hospital de Clínicas



Nota: Verso da Ficha do SINAN

ANEXO VII – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO		Nº
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/enferma	ACIDENTE DE TRABALHO		Código (CID10) Y 96
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Dados do Paciente	6 UF	7 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	8 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	HC/UFTM - FILIAL ESBSEH		Código
	9 Nome do Paciente	10 (ou) Idade		11 Sexo
Dados de Residência	12 Gestante	13 Data de Nascimento		14 Raça/Cor
	15 Escolaridade	16 Número do Cartão SUS		17 Nome da mãe
	18 UF	19 Município de Residência	Código (IBGE)	
Dados Complementares do Caso	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
Dados da Empresa Contratante	28 (DDD) Telefone	29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)
	31 Ocupação			
	32 Situação no Mercado de Trabalho			
Dados da Empresa Contratante	33 Tempo de Trabalho na Ocupação			
	34 Local Onde Ocorreu o Acidente			
	35 Registro/ CNPJ ou CPF			
Dados da Empresa Contratante	36 Nome da Empresa ou Empregador			
	37 Atividade Econômica (CNAE)			
	38 UF			
Dados da Empresa Contratante	39 Município			
	40 Distrito			
	41 Bairro			
Dados da Empresa Contratante	42 Endereço			
	43 Número			
	44 Ponto de Referência			
Acidente de Trabalho Grave Sinan Net SVS 21/06/2019				

Nota: Frente da Ficha do SINAN



Hospital de Clínicas



Antecedentes Epidemiológicos	46 O Empregador é Empresa Terceirizada 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado ☐			
	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)		61 Horas Após o Início da Jornada H (hora) M (minutos)	
	52 UF	53 Município de Ocorrência do Acidente	64 Código da Causa do Acidente CID 10 (de V01 a Y98)	
	56 Tipo de Acidente 1- Típico 2- Trajeto 9- Ignorado ☐		67 Se Sim, Quantos	
Dados do Atendimento Médico	58 Ocorreu Atendimento Médico? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐		68 Data do Atendimento	
	59 Município do Atendimento	60 Código (IBGE)	80 UF	
	61 Nome da U. S. de Atendimento		62 Código	
Condição	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 2- Incapacidade temporária 3- Incapacidade parcial permanente 4- Incapacidade total permanente 5- Óbito por acidente de trabalho grave 6- Óbito por outras causas 7- Outro 9- Ignorado ☐	
	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 UBERABA/ HC/UFTM - FILIAL ESBSEH		Cód. da Unid. de Saúde 3170107	
	Nome	Função	Assinatura	

Nota: Verso da Ficha do SINAN