



FORMULÁRIO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIAS – R.O.

A. CARACTERIZAÇÃO DA OCORRÊNCIA

1. Descrição da Ocorrência (O quê ocorreu, porquê, quando e onde)

B. IDENTIFICAÇÃO DA OCORRÊNCIA

Data da ocorrência:

Hora da ocorrência:

Local da ocorrência: _____

Tipo de Ocorrência:

- Incidente em serviço
 Acidente em serviço/típico com Servidor
 Acidente de trajeto com Servidor
 Acidente de trabalho com Prestadores de serviço/Terceirizados
 Acidente com Alunos/Público em Geral

Incidente em serviço: Ocorrência inesperada e indesejável sem danos físicos, que poderia ter um acidente em serviço ou que poderia ter oferecido perigo a terceiros ou que resultou em dano/perda ao patrimônio, impacto negativo no meio ambiente ou reação adversa da comunidade, ex: vazamento de produto químico, princípio de incêndio, etc.

Acidente em Serviço/Típico ou Acidente de Trabalho: É aquele ocorrido com o servidor no exercício do cargo ou função, que se relacione direta ou indiretamente com as atribuições a ele inerentes, que possa causar a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

Acidente de Trajeto: É o acidente sofrido no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela. Para sua caracterização o servidor não poderá desviar de seu percurso habitual por interesse próprio, vez que, se tal fato ocorrer, será considerado acidente comum, o que desobriga o órgão de preencher a CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho). Deverão ser comprovados através da apresentação de BO da Brigada Militar, Polícia Civil ou EPTC e boletim de atendimento médico emitido por Hospital ou Posto de saúde.

C. IDENTIFICAÇÃO DO(S) ENVOLVIDO(S)

() Docente () Técnico () Aluno () Público Externo () Prestador de Serviço – Nome da empresa:

Nome: _____ Matrícula: _____ Fone Contato: _____

Idade: _____ Admissão: _____ Cargo: _____ Jornada de Trabalho: _____

Departamento: _____ Lotação: _____

D. CARACTERIZAÇÃO DA OCORRÊNCIA

No caso de acidente, informar o nº de horas trabalhadas até o horário do acidente:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Parte do corpo atingida:

() Cabeça Exceto os olhos () Olhos () Pescoço

() Tronco () Membros inferiores () Membros superiores

() Múltiplas partes () Outros: _____

Usava algum equipamento de proteção individual – EPI: () Não () Sim

Qual: _____

A ocorrência teve testemunhas: () Não () Sim

Cite o(s) nome(s): _____

E. CONTROLE DA OCORRÊNCIA

Ações imediatas realizadas:

- a.
- b.
- c.
- d.

Equipamentos e materiais utilizados para controle/mitigação da ocorrência:

- a.
- b.

F. REGISTRO FOTOGRÁFICO

Foto 1: **XXXXXX**

Foto 2: **XXXXXX**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Foto 3: XXXXXX	Foto 4: XXXXXX
----------------	----------------

G. RESPONSÁVEL PELO REGISTRO

Nome:	Data:
Cargo:	Matrícula SIAPE:
E-mail:	Telefone de Contato:

Observações: _____
