



# UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

## FORMULÁRIO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIAS – R.O.

### A. CARACTERIZAÇÃO DA OCORRÊNCIA

<p>1. Descrição da Ocorrência (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.)</p>
---

### B. IDENTIFICAÇÃO DA OCORRÊNCIA

Data da ocorrência:	Hora da ocorrência:
Local da ocorrência: _____	
Tipo de Ocorrência:	
<input type="checkbox"/> Incidente em serviço <input type="checkbox"/> Acidente em serviço/típico com Servidor <input type="checkbox"/> Acidente de trajeto com Servidor <input type="checkbox"/> Acidente de trabalho com Prestadores de serviço/Terceirizados <input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Docente	<input type="checkbox"/> Técnico	<input type="checkbox"/> Aluno	<input type="checkbox"/> Público Externo	<input type="checkbox"/> 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:
Parte do corpo atingida:
<input type="checkbox"/> Cabeça Exceto os olhos <input type="checkbox"/> Olhos <input type="checkbox"/> Pescoço <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Membros inferiores <input type="checkbox"/> Membros superiores <input type="checkbox"/> Múltiplas partes <input type="checkbox"/> Outros: _____

Este Formulário de ocorrência será encaminhado à Assessoria de Engenharia a de Engenharia a pelo e-mail: [eng@ufcspa.edu.br](mailto:eng@ufcspa.edu.br) Dúvidas no prencimento do contatara Eng



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

Foto 3: XXXXXX

Foto 4: XXXXXX

**G. RESPONSÁVEL PELO REGISTRO**

Nome:

Data:

Cargo:

Matrícula SIAPE:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

**UFCSPA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

E-mail:

Telefone de Contato:

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_