

CONSSAT/UFRGS	RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE	Data:
		Hora:

Nome:	Cargo:	Setor:
Data de Admissão:	Escala de Trabalho:	Nº de Registro:
Tempo no Cargo:	Tempo na IFE:	Regime de Trabalho:

DADOS DO ACIDENTE

Data da Ocorrência:	Dia da Semana:	Hora:
Tipo de Acidente:	Sede da Lesão:	Natureza da Lesão:
Setor de Ocorrência:	Local Específico:	
Chefia Imediata:		Tel/ Cel:

TESTEMUNHAS

01) Nome:	Setor:
Registro:	Tel/ Cel:
02) Nome:	Setor:
Registro:	Tel/ Cel:

INVESTIGAÇÃO

<p>Estava exercendo a função?</p> <input type="checkbox"/> Não. Exercia outra função diferente da sua habitual. <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não Aplicável. Quando o acidente ocorreu o acidentado não estava realizando nenhuma tarefa. <input type="checkbox"/> Não. Estava fora do seu local de trabalho.	<p>Estado da Instalação ou Equipamento:</p> <input type="checkbox"/> Em instalação. <input type="checkbox"/> Em manutenção. <input type="checkbox"/> Em operação. <input type="checkbox"/> Em preparo. <input type="checkbox"/> Não Aplicável. O acidente não teve relação com o equipamento.
<p>Horário:</p> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Extra	<p>Estava Emprestado?</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p>Trabalhava sozinho?</p> <input type="checkbox"/> Sozinho <input type="checkbox"/> Com mais uma pessoa. <input type="checkbox"/> Com mais duas pessoas. <input type="checkbox"/> Com mais três pessoas. <input type="checkbox"/> Com quatro ou mais pessoas.	<p>Tinha experiência na tarefa?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Aplicável. Quando o acidente ocorreu o acidentado não estava realizando nenhuma tarefa.
<p>Tinha qualificação para a atividade?</p> <input type="checkbox"/> Não. Sem a qualificação requerida. <input type="checkbox"/> Sim. Com a qualificação requerida. <input type="checkbox"/> Não Aplicável. Não requer qualificação. Quando o acidente ocorreu o acidentado não estava realizando nenhuma tarefa, ou estava fora do local de trabalho.	<p>Potencial de Gravidade:</p> <input type="checkbox"/> Potencial de Lesão Grave: Capaz de causar incapacidade permanente. <input type="checkbox"/> Potencial de Lesão Séria: Capaz de causar incapacidade temporária. <input type="checkbox"/> Potencial de Lesão Leve: Capaz de causar lesão não incapacitante.

CONSSAT/UFRGS	RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE	Data:
		Hora:

<p>Contato com Agente/ Objeto causador da Lesão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Máquinas: ponto de operação, transmissão, etc. <input type="checkbox"/> Ferramenta Manual. <input type="checkbox"/> Ferramenta eletro-pneumática. <input type="checkbox"/> Equipamento de Guindar. <input type="checkbox"/> Caldeira. Vaso sob Pressão. <input type="checkbox"/> Veículos <input type="checkbox"/> Tubos/ Lupas <input type="checkbox"/> Edifício/ Estrutura/ Porta, etc. <input type="checkbox"/> Ar Comprimido <input type="checkbox"/> Superfícies/ Piso/ Escada, etc. <input type="checkbox"/> Produto Químico Inflamável, Combustível, Tóxico, etc. <input type="checkbox"/> Transportador/ Mecanismo de Transporte de Materiais. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Temperatura extrema. <input type="checkbox"/> Eletricidade, Arco Voltaico. <input type="checkbox"/> Barras/ Tarugos. <input type="checkbox"/> Móveis/ Mesa/ Arquivo/ Armário, etc. <input type="checkbox"/> Peças e Acessórios/ Mandris/ Bielias/ Matrizes, etc. <input type="checkbox"/> Gases/ Vapores/ Fumos. <input type="checkbox"/> Escada Portátil/ Andaime. <input type="checkbox"/> Poeiras Tóxicas/ Abrasivas/ Explosivas. <input type="checkbox"/> Partículas Voláteis/ Fagulhas/ Fragmentos/ Limalha, etc. <input type="checkbox"/> Engrenado/ Pallet/ Vasilhame. <input type="checkbox"/> Superfície Cortante <input type="checkbox"/> Radiação não-ionizante. <input type="checkbox"/> Outros: _____.
<p>Tipo de contato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Impacto contra objetos sólidos. <input type="checkbox"/> Atingido por objeto em movimento. <input type="checkbox"/> Prensado entre objetos. <input type="checkbox"/> Contato com temperaturas extremas. <input type="checkbox"/> Contato com substância química. <input type="checkbox"/> Contato com corrente elétrica. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Queda do mesmo ou de diferentes níveis. <input type="checkbox"/> Inalação, ingestão, envenenamento. <input type="checkbox"/> Projeção de fagulhas, fragmentos, etc. <input type="checkbox"/> Colisão, atropelamento por veículo ou suas cargas. <input type="checkbox"/> Exposição a luminosidade excessiva. <input type="checkbox"/> Outros: _____.
<p>Ações Fora do Padrão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Correr/ Brincar. <input type="checkbox"/> Deixar de usar EPI, usa-los incorretamente ou em mal estado. <input type="checkbox"/> Limpar, lubrificar ou ajustar máquina em movimento. <input type="checkbox"/> Usar roupa inadequada e/ ou objeto de adorno. <input type="checkbox"/> Usar ferramenta inadequada, de forma incorreta. <input type="checkbox"/> Utilizar equipamento inadequado. <input type="checkbox"/> Manipular produtos de maneira perigosa. <input type="checkbox"/> Operar equipamento em velocidade insegura. <input type="checkbox"/> Deixar de cumprir procedimentos, práticas, avisos, ou sinais. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Colocar o corpo ou parte do corpo em posição ou local de perigo. <input type="checkbox"/> Tornar Inoperante ou ineficiente dispositivo de segurança. <input type="checkbox"/> Dirigir e operar veículo de forma incorreta. <input type="checkbox"/> Andar em locais proibidos e/ ou perigosos. <input type="checkbox"/> Dispor ou empilhar de forma insegura. <input type="checkbox"/> Trabalhar em máquina ou equipamento em movimento. <input type="checkbox"/> Manusear objetos pesados ou incorretos. <input type="checkbox"/> Operar sem autorização. <input type="checkbox"/> Outros: _____.
<p>Condições Fora do Padrão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Falta de proteção. <input type="checkbox"/> Proteção inadequada. <input type="checkbox"/> Falta de ordem, arrumação e limpeza. <input type="checkbox"/> Falta de EPI. <input type="checkbox"/> EPI inadequado. <input type="checkbox"/> Iluminação inadequada. <input type="checkbox"/> Ventilação deficiente ou falta de ventilação. <input type="checkbox"/> Máquina ou equipamento defeituoso. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Falta de processo ou método de trabalho adequado. <input type="checkbox"/> Material perigoso ou sem identificação. <input type="checkbox"/> Instalação elétrica defeituosa ou em más condições. <input type="checkbox"/> Empilhamento inadequado. <input type="checkbox"/> Piso inseguro: escorregadio, desnivelado, esburacado. <input type="checkbox"/> Ferramenta inadequada ou em más condições. <input type="checkbox"/> Aerodispersóides e/ ou agentes voláteis. <input type="checkbox"/> Falta de espaço. <input type="checkbox"/> Outros: _____.

CONSSAT/UFRGS	RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE	Data:
		Hora:

AGRUPAMENTO DE CAUSAS BÁSICAS

<p>Fatores Pessoais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Capacidade física inadequada para atividade: <input type="checkbox"/> Perfil físico inadequado (altura, peso, tamanho, etc.). <input type="checkbox"/> Sensibilidade a agentes físicos e químicos (alergia, sensibilidade ao calor). <input type="checkbox"/> Deficiências sensoriais (visão, audição, tato, olfato, paladar e equilíbrio). <input checked="" type="checkbox"/> Capacidade mental ou psicológica inadequada: <input type="checkbox"/> Coordenação de movimentos/ Reação lenta – limitações mentais. <input type="checkbox"/> Baixa aptidão para aprendizagem (dificuldade de compreensão e aprendizagem). <input checked="" type="checkbox"/> Tensão física ou fisiológica: <input type="checkbox"/> Sobrecarga de trabalho. <input type="checkbox"/> Exposição a fatores do ambiente de trabalho fatigantes. <input type="checkbox"/> Sob efeito de bebida alcoólica, droga ou medicamento. <input type="checkbox"/> Saúde debilitada. 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Tensão mental ou psicológica: <input type="checkbox"/> Ordens confusas e conflitantes. <input type="checkbox"/> Sobrecarga emocional. <input type="checkbox"/> Exigência de concentração e/ ou movimentos coordenados. <input checked="" type="checkbox"/> Falta de conhecimento/ habilidades: <input type="checkbox"/> Falta de experiência/ prática insuficiente. <input type="checkbox"/> Treinamento/ orientação deficiente. <input type="checkbox"/> Operação esporádica. <input checked="" type="checkbox"/> Motivação deficiente: <input type="checkbox"/> Desinteresse pelo trabalho/ desobediência. <input type="checkbox"/> Falta de estímulo para o cumprimento do padrão (mau exemplo da liderança). <input type="checkbox"/> Padrão desmotivante (não seguir o padrão é mais gratificante. O padrão causa desagrado). <input type="checkbox"/> Distração fortuita. <input type="checkbox"/> Outros: _____.
<p>Fatores de Trabalho:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Inadequação na liderança ou supervisão: <input type="checkbox"/> Falta de fiscalização, convivência, permissividade, desorganização, etc. <input type="checkbox"/> Distribuição inadequada das tarefas/ falta de planejamento. <input type="checkbox"/> Instruções confusas/ falhas de acompanhamento da supervisão. <input type="checkbox"/> Projeto e instalação inadequada. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Manutenção inadequada. <input type="checkbox"/> Ferramenta ou equipamento inadequado. <input type="checkbox"/> Padrão de trabalho inadequado. <input type="checkbox"/> Deterioração ou desgaste por abuso ou mau uso. <input type="checkbox"/> Seleção/ colocação de pessoa inadequada para função. <input type="checkbox"/> Avaliação de agentes ambientais ou medida de controle inadequada. <input type="checkbox"/> Material inadequado ou em falta. <input type="checkbox"/> Treinamento inadequado. <input type="checkbox"/> Outros: _____.

CONSSAT/UFRGS	RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE	Data:
		Hora:

COMPLEMENTARES

Nº do Procedimento/ Tarefa:

O que ocorreu?

Causas Imediatas:

Causas Básicas:

PLANO DE AÇÃO / FOLLOW UP

01 – Ação/ Recomendação:

Prioridade das Ações:

- 01 – Crítico: Ação Imediata (em até 60 dias)
- 02 – Moderado: Ação em 60 dias.
- 03 – Leve: Ação em 90 a 120 dias, e ou quando houver recurso.

Data de Início:

Data de término:

Responsável:

A eficácia da ação foi verificada em: ____/____/____.

Assinaturas:

01 – Acidentado: _____

02 – Encarregado do Setor: _____

03 – Coordenador SST/ASSUFRGS: _____

04 – GT Saúde/ASSUFRGS: _____

05 – CST/UFRGS: _____

06 – COSAT: _____

07 – COSAT: _____

Regimento das COSAT

<http://www.assufrgs.org.br/wp-content/uploads/2017/02/COSAT-Regimento.pdf>

Emissão do Formulário de Acidente e Incidente de Serviço (FAIS)

<http://www.ufrgs.br/progesp/progesp-1/manual-do-servidor/manual/formulario-de-acidente-e-incidente-de-servico-fais/formulario-de-acidente-e-incidente-de-servico-fais>

Cadastramento da Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT

<https://www.servicos.gov.br/servico/registrar-comunicacao-de-acidente-de-trabalho>

Comunicação de acidente de trabalho - CAT - Previdência Social

<https://www.inss.gov.br/servicos-do-inss/comunicacao-de-acidente-de-trabalho-cat/>