

ANEXO I

INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTES

ANEXO I – INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTES

Para todos os acidentes ocorridos no Complexo Termelétrico de Candiota será estabelecida uma Comissão de Investigação e Análise e o procedimento de investigação será diferenciado em função do tipo de acidente, a saber:

A) Para os acidentes do trabalho, a composição mínima da comissão será a seguinte:

- Técnico de Segurança;
- Membro da CIPA (empregador);
- Membro da CIPA (empregado);
- Representante da área onde ocorreu o acidente.

Além da composição supracitada, poderão participar também testemunhas e/ou convidados.

Duas metodologias são utilizadas para investigação de acidentes: uma delas é *Árvore de Causas*, que compreende uma sequência estruturada de perguntas e respostas, e outra é o *Brain Storm*, que consiste na geração estruturada ou não de uma grande quantidade de idéias acerca de uma situação em um curto espaço de tempo.

O resultado das análises é registrado em relatório específico e as conclusões das investigações devem ser usadas para realimentar o PGR.

B) Para os acidentes envolvendo equipamentos e/ou impactos ambientais, a composição mínima da comissão será a seguinte:

- Técnico de Segurança;
- Empregado lotado no Complexo Termelétrico de Candiota;
- Empregado do Complexo Termelétrico de Candiota (coordenador da Comissão);

Tal comissão deverá preencher os Registros de Investigação de Acidentes, apresentados a seguir, cuja finalidade é identificar as prováveis causas do acidente.

RESPONSABILIDADES

Empregados CGTEE:

Cabe ao empregado relatar por escrito todo e qualquer acidente sofrido a sua chefia imediata utilizando o (anexo I) formulário de notificação de acidente do trabalho;

Colaborar com os profissionais do DAS/DASSC com relação a análise do incidente/acidente sofrido;

Chefias de Setor CGTEE:

Encaminhar imediatamente o funcionário para atendimento médico;

Preencher Formulário de Atendimento Médico Ocupacional e de Enfermagem utilizando o (anexo II);

Implantar a(s) medida(s) sugerida(s) pela análise do acidente, realizada pelo DAS/DASSC

Informar todo e qualquer incidente/acidente sofrido por seus subordinados ao DAS/DASSC;

Colaborar com os profissionais do DAS/DASSC com relação a análise do incidente/acidente sofrido;

Liberar o empregado para análise do acidente pelos profissionais do DAS/DASSC quando solicitado.

DAH / DAHHC;

Verificar e confirmar o cargo/função; setor do acidentado e hora do acidente.

Providenciar a emissão da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT). Após a análise do Setor de Segurança e Medicina do Trabalho;

Enfermeiro / Técnico de Enfermagem:

Realizar o primeiro atendimento em caso de acidente do trabalho, avaliando a necessidade do acidentado ser encaminhado ao hospital (se o médico do trabalho não estiver presente);

Médico Do Trabalho:

Realizar o primeiro atendimento em caso de acidente do trabalho, avaliando a necessidade do acidentado ser encaminhado ao hospital;

Acompanhar casos de doença do trabalho, analisando a suas causas;

Receber a solicitação de atendimento médico da chefia imediata e realizar a análise do incidente/acidente sofrido por empregado da CGTEE utilizando o (anexo VI) formulário de análise do acidente do trabalho (Medicina do Trabalho).

Técnico de Segurança do Trabalho:

Receber os (anexo III) e (anexo VI) formulários de análise do incidente/acidente e Realizar a análise do incidente/acidente sofrido por empregado da CGTEE utilizando o (anexo V) formulário de análise do acidente do trabalho (DAS/DASSC).

Com base na análise do acidente do trabalho, sugerir medidas que impeçam a repetição do evento acidentário.

PROCEDIMENTO DETALHADO

CONDUTA PARA ANALISE DE ACIDENTE DE TRABALHO

Empregado:

Preenchimento imediato (se a natureza da lesão permitir) da Notificação de Acidente do Trabalho - NAT (Anexo I);
Envio do documento anteriormente citado a chefia imediata.

Chefia Imediata:

Recebimento do documento citado no item 6.1.1.1;
Preenchimento da Solicitação de atendimento médico (anexo II – anexo I PSI atendimento medico) (nas unidades onde há serviço de medicina);
Preenchimento do Formulário de análise de acidente do trabalho (anexo III);
Cabe ao Chefe Imediato do Acidentado o envio do Formulário de Análise de Acidente do Trabalho (anexo III) ao Setor de Segurança e Medicina do Trabalho (nas unidades onde há serviço de medicina), assim como o envio da Solicitação de atendimento médico (anexo II – anexo I) ao Ambulatório Médico;
Assinar quando solicitado pelo Setor de Segurança do Trabalho o campo nº 194 do documento citado no item 6.1.4.2.

Setor de Medicina do Trabalho:

Recebimento do documento citado no item 6.1.2.2.
Preenchimento do Formulário de Investigação de Acidente do Trabalho (anexo IV);
Envio do documento citado no item 6.1.3.2 ao Setor de Segurança do Trabalho.

Setor de Segurança do Trabalho:

Recebimento dos documentos citados nos itens 6.1.2.3. e 6.1.3.2.
Preenchimento do Formulário de Investigação de Acidente (anexo V);
. envio das cópias dos documentos citados no itens 6.1.4.1 e 6.1.4.2 ao Setor de Recursos Humanos da Unidade.

Setor de Recursos Humanos:

Recebimento das cópias dos documentos citados no itens 6.1.2.3; 6.1.3.2 e 6.1.4.2;
Verificação da veracidade das informações no que se refere ao cargo/função do empregado; hora do acidente e setor de trabalho;
Assinar quando solicitado pelo setor de segurança do trabalho o campo nº 193 do documento citado no item 6.1.4.2.
Preenchimento da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) caso haja relação entre o acidente, lesões e atividades desenvolvidas pelo empregado.

ELABORAÇÃO:

DAS/DASSC

ANEXOS

ANEXO I – Notificação de Acidente do Trabalho

ANEXO II - Formulário de Atendimento Médico Ocupacional e de Enfermagem

ANEXO III – Formulário de Investigação de Acidente do Trabalho (chefia imediata) e respectivo manual de preenchimento;

ANEXO IV – Formulário de Investigação de Acidente do Trabalho (medicina do trabalho) e respectivo manual de preenchimento;

ANEXO V - Formulário de Investigação de Acidente do Trabalho (DAS/DASSC) e respectivo manual de preenchimento;

ANEXO I

MANUAL PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO (Acidentado)

GERAL

Campo 1 – Informe a data em que o acidente ocorreu;

Campo 2 – Informe o nome do acidentado;

Campo 3 – Informe a idade do acidentado;

Campo 4 – Informe o Registro do acidentado;

Campo 5 – Informe o numero de horas trabalhadas, do inicio da jornada de trabalho até a hora do acidente;

Campo 6 – Informe o tempo total de trabalho do acidentado para a empresa;

Campo 7 – Informe o tempo total de trabalho do acidentado no cargo atual;

Campo 8 – Informe o setor / área de trabalho do acidentado;

Campo 9 – Informe o nome do supervisor / superior imediato do acidentado;

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE

Campo 10 – Forneça uma breve descrição do acidente;

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES EXERCIDAS

Campo 11 – Forneça uma breve descrição das atividades exercidas pelo empregado antes do acidente;

Campo 12 – Informe o local do acidente/incidente;

Campo 13 – Informe o setor no qual o empregado exercia suas atividades no momento do acidente;

Campo 14 – Informe quais os EPI,s utilizados pelo empregado no momento do acidente;

Campo 15 – Informe as principais providências para evitar o acidente/incidente ocorrido;

Campo 16 – Assinatura do Empregado (acidentado);

Campo 17 – Informe a data em que foi feita a comunicação do acidente;

ANEXO II



Formulário de Atendimento Médico Ocupacional e de Enfermagem

Encaminhamos ao DASSC/Ambulatório o empregado:
_____ RE _____ para avaliação médica, na
data e horário abaixo agendados.

Data da Consulta: _____ Horário: _____

DATA

Empregado

Chefia

ANEXO III

GERAL			
DATA DO ACIDENTE:		NOME DO ACIDENTADO:	
IDADE:	REGISTRO:	HORAS TRABALHADAS:	
CARGO:		FUNÇÃO:	
TEMPO DE SERVIÇO:		TEMPO NO CARGO ATUAL:	
ÁREA:		NOME DO CHEFE DO SETOR:	
DESCRIÇÃO DO ACIDENTE / DOENÇA OCUPACIONAL			
DESCRIÇÃO DO INCIDENTE (forneça uma breve descrição do acidente, como visto pela equipe de investigação)			
DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES EXERCIDAS PELO EMPREGADO			
LOCAL DO ACIDENTE/INCIDENTE		SETOR:	
EPIs UTILIZADOS:			
C. HORÁRIA EXCESSIVA:	SIM	NÃO	QTD. HORAS EXCESSIVAS:
HÁ ATIVIDADES PARALELAS/QUAIS:			
RECOMENDAÇÕES PARA EVITAR ESTE TIPO DE ACIDENTE / INCIDENTE:			
HÁ RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE SOFRIDO E AS ATIVIDADES DESEMPENHADAS:		SIM	NÃO
CHEFIA IMEDIATA (Acidentado)		DATA ____/____/____	

MANUAL PARA PREENCHIMENTO DA ANÁLISE DO ACIDENTE DO TRABALHO (chefia imediata)

GERAL

Campo 1 – Informe a data em que o acidente ocorreu;

Campo 2 – Informe o nome do acidentado;

Campo 3 – Informe a idade do acidentado;

Campo 4 – Informe o Registro do acidentado;

Campo 5 – Informe o número de horas trabalhadas, do início da jornada de trabalho até a hora do acidente;

Campo 6 – Informe o tempo total de trabalho do acidentado para a empresa;

Campo 7 – Informe o tempo total de trabalho do acidentado no cargo atual;

Campo 8 – Informe o setor / área de trabalho do acidentado;

Campo 9 – Informe o nome do supervisor / superior imediato do acidentado;

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE

Campo 10 – Forneça uma breve descrição do acidente;

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES EXERCIDAS PELO EMPREGADO

Campo 11 – Forneça uma breve descrição das atividades exercidas pelo empregado antes do acidente;

Campo 12 – Informe o local do acidente/incidente;

Campo 13 – Informe o setor no qual o empregado exercia suas atividades no momento do acidente;

Campo 14 – Informe quais os EPI,s utilizados pelo empregado no momento do acidente;

Campos 15 e 16 - Marque um “X” na opção (sim ou não) se houve carga horária excessiva;

Campo 17 – Se necessário informe a quantidade de horas excessivas trabalhadas pelo empregado no dia do acidente;

Campo 18 - Se houver informe as atividades paralelas que contribuíram para o acidente;

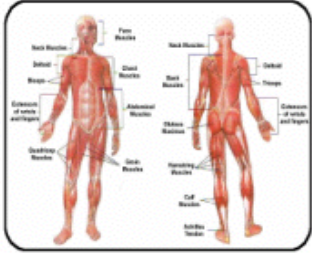
Campo 19 – Informe as principais recomendações para evitar o acidente/incidente ocorrido;

Campos 20 e 21 – Marque um “X” na opção (sim ou não) se houve relação entre as atividades desempenhadas e o acidente ocorrido;

Campo 22 - Assinatura chefia imediata do acidentado;

Campo 23 – Informe a data em que foi feita a análise do acidente;

ANEXO IV

GERAL									
DATA DO ACIDENTE:			NOME DO ACIDENTADO:						
IDADE:	REGISTRO:		OCUPAÇÃO REGULAR:						
ÁREA:									
LESÃO									
CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO/INCAPACIDADE				LESÃO LEVE	PRIMEIROS SOCORROS	QUASE ACIDENTE			
PARTE DO CORPO AFETADA	CABEÇA	PESCOÇO	OLHO	TRONCO	DEDOS (MÃOS)	MÃOS			
	BRAÇO	DEDO (PÉS)	PÉ	PERNA	INTERNO	MÚLTIPLOS			
	OUTROS			OUTROS					
EFEITO À PESSOA	DISTENÇÕES	LUXAÇÕES	CONTUSÕES	IMFLAMAÇÃO	FRATURAS	QUEIMADURAS			
	AMPUTAÇÃO	CH. ELÉTRICO	ASFIXIA	DERMATOSES	ENVENENAM	MÚLTIPLOS			
	OUTROS			OUTROS					
DESCRIÇÃO (ÕES) DA (S) LESÃO									
									
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL									
TRATAMENTO INDICADO/REALIZADO	DATA:	EXAMES REALIZADOS		DATA:					
ENCAMINHAMENTO	DATA:	ENCAMINHAMENTO		DATA:					
OBSERVAÇÕES:				CID:					
NOME DO MÉDICO/EXAMINADOR:									
OBSERVAÇÕES DA MEDICINA DO TRABALHO									
HÁ ATIVIDADES PARALELAS (segundo relato do acidentado):									
DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO (nº de dias):									
HÁ RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE SOFRIDO E AS NATUREZA DAS LESÕES:					SIM	NÃO			
DATA ____/____/____		Assinatura do Médico (Carimbo): _____							

MANUAL PARA PREENCHIMENTO DA ANALISE DO ACIDENTE DO TRABALHO (Medicina)

GERAL

Campo 1 – Informe a data em que o acidente ocorreu;

Campo 2 – Informe o nome do acidentado;

Campo 3 – Informe a idade do acidentado;

Campo 4 – Informe o Registro do acidentado;

Campo 5 – Informe a ocupação / função do acidentado;

Campo 6 – Informe o setor / área de trabalho do acidentado;

LESÃO

Campos de 7 á 9 – Marque um “X” sobre a classificação da lesão do acidentado sofreu;

Campos de 10 á 23 - Marque um “X” sobre a parte do corpo afetada;

Campos de 24 á 37 - Marque um “X” sobre o efeito gerado ao acidentado;

DESCRIÇÃO (ÕES) DA (S) LESÃO (ÕES)

Campo 38 – Forneça uma breve descrição (ões) da (s) lesão (ões);

DIAGNÓSTICO PROVAVEL

Campo 39 – Informe o tratamento realizado ou indicado;

Campo 40 – Informe a data em que o tratamento foi realizado ou indicado;

Campo 41 – Informe os exames realizados;

Campo 42 – Informe a data em que os exames foram realizados;

Campo 43 – Informe se foi feito algum encaminhamento;

Campo 44 – Informe a data em que foi feito o encaminhamento;

Campo 45 – Informe se foi feito algum encaminhamento;

Campo 46 – Informe a data em que foi feito o encaminhamento;

Campo 47 – Coloque alguma observação que julgar necessária;

Campo 48 – Informe o código internacional de doenças referente a lesão provocada pelo acidente / doença do trabalho;

Campo 49 – Informe o nome do médico do trabalho ou examinador;

OBSERVAÇÕES DA MEDICINA DO TRABALHO

Campo 50 – Utilizando relato do acidentado informe se houve e quais atividades paralelas poderiam ter contribuído para o acidente;

Campo 51 – Forneça em dias a duração provável do tratamento;

Campos 52 e 53 - Marque um “X” na opção (sim ou não) se houve relação entre as lesões e o acidente ocorrido;

Campo 54 – Informe a data em que foi feita a análise do acidente;

Campo 55 – Assinatura do médico e carimbo;

ANEXO V

GERAL (DAH)						
DATA DO ACIDENTE:		HORA DO ACIDENTE:		HORAS TRABALHADAS:		
NOME DO ACIDENTADO:		REGISTRO:		IDADE:		
ÁREA:		OCUPAÇÃO REGULAR:				
TEMPO DE SERVIÇO:		TEMPO NO CARGO ATUAL:				
NOME DO SUPERVISOR:		NOME DO COORDENADOR DE ÁREA:				
LESÃO						
CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO/INCAPACIDADE				LESÃO MODERADA	LESÃO LEVE	QUASE ACIDENTE
PARTE DO CORPO AFETADA QUADRO 9 NBR 14280: Nº _____	CABEÇA	PESCOÇO	OLHO	TRONCO	DEDOS (MÃOS)	MÃOS
	BRAÇO	DEDO (PÉS)	PÉ	PERNA	INTERNO	MÚLTIPLOS
	OUTROS			OUTROS		
EFEITO Á PESSOA QUADRO 8 NBR 14280: Nº _____	DISTENÇÕES	LUXAÇÕES	CONTUSÕES	IMFLAMAÇÃO	FRATURAS	QUEIMADURAS
	AMPUTAÇÃO	CH. ELÉTRICO	ASFIXIA	DERMATOSES	ENVENENAM	MÚLTIPLOS
	OUTROS			OUTROS		
OBS: VER NBR 14280 SUB CATEGORIAS E CODIFICAÇÕES						
INCIDENTES COM DANOS						
ESPÉCIE DE ACIDENTE IMPESSOAL QUADRO 2 NBR 14280: Nº _____						
QUEDA, PROJEÇÃO OU RESVALADURA DE OBJETO	ACIDENTE NO TRANSPORTE					
VAZAMENTO, DERRAME	ACIDENTE NO TRANSPORTE PRIVADO					
DESCARGA ELÉTRICA NÃO ATMOSFÉRICA, CURTO-CIRCUITO	ACIDENTE NO TRANSPORTE PÚBLICO					
INCÊNDIO OU EXPLOÇÃO	ESPÉCIE, NIC					
DESABAMENTO OU DESMORONAMENTO	ESPÉCIE INEXISTENTE					
ACIDENTE PROVINIENTE DE FENOMENO NATURAL						
OBS: VER NBR 14280 SUB CATEGORIAS E CODIFICAÇÕES						

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES EXERCIDAS PELO EMPREGADO				
82	83	84	85	
SETOR:	EPIs UTILIZADOS:	TESTEMUNHAS:	SIM	NÃO
86				
PROVIDÊNCIAS PARA EVITAR ESTE TIPO DE ACIDENTE / INCIDENTE:				
87	88	89		
HÁ ATIVIDADES PARALELAS:	SIM	NÃO	OBS:	
90		91	92	
CAUSA IMEDIATA:	ATENDIMENTO MÉDICO:	SIM	NÃO	
93		94	95	
CAUSA(S) PROVÁVEL(IS)	C. HORÁRIA EXCESSIVA:	SIM	NÃO	
96		97		
LOCAL DO ACIDENTE/INCIDENTE	QTD. HORAS EXCESSIVAS:			
98	99	100		
AFASTAMENTO:	SIM	NÃO	CONDIÇÕES DE TRABALHO:	
CAUSA DIRETA DO ACIDENTE				
101				
PRÁTICAS ABAIXO DO PADRÃO				
ATOS INSEGUROS				
QUADRO 6 NBR 14280				
Nº _____				
102	103			
USAR EQUIPAMENTO DE MANEIRA IMPRÓPRIA	AGREDIR PESSOAS			
104	105			
USAR EQUIPAMENTO DE MANEIRA IMPRÓPRIA, NIC	DIRIGIR INCORRETAMENTE			
106	107			
TORNAR INOPERANTE, INEFICIENTE DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	DEIXAR DE USAR VESTIMENTA SEGURA			
108	109			
USAR MÃO OU OUTRA PARTE DO CORPO IMPROPRIAMENTE	DEIXAR DE USAR EPI			
110	111			
ASSUMIR POSIÇÃO OU POSTURA INSEGURA	DEIXAR DE PRENDER, DE DESLIGAR OU DE SINALIZAR			
112	113			
TRABALHAR OU OPERAR EM VELOCIDADE INSEGURA	DEIXAR DE VERIFICAR A AUSÊNCIA DE TENSÃO			
114	115			
LIMPAR LUBRIFICAR, REGULAR OU CONSERTAR EQUIPAMENTO EM MOVIMENTO, LIGADO À ELETRICIDADE OU SOB PRESSÃO	DEIXAR DE ATERRAR			
		116		
		DESCUIDAR-SE NA OBSERVAÇÃO DO AMBIENTE		
117	118			
COLOCAR MISTURA DE MANEIRA INSEGURA	ATO INSEGURO, NIC			
119	120			
FAZER BRINCADEIRAS OU EXIBIÇÃO	ATO INSEGURO INEXISTENTE			
OBS: VER NBR 14280 SUB CATEGORIAS E CODIFICAÇÕES				

<p>CONDIÇÕES ABAIXO DO PADRÃO</p> <p>CONDIÇÕES INSEGURAS</p> <p>QUADRO 7 NBR 14280</p> <p>Nº _____</p>			
RISCO RELATIVO AO AMBIENTE	122	RISCO RELATIVO AO VESTUÁRIO OU EPI	123
DEFEITO DO AGENTE	124	RISCO INERENTE A AMBIENTE DE TRABALHO EXTERNO	125
COLOCAÇÃO PERIGOSA	126	RISCO RELACIONADO COM AMBIENTE PÚBLICO	127
PROTEÇÃO COLETIVA INADEQUADA OU INEXISTENTE	128	CONDIÇÃO AMBIENTE DE INSEGURANÇA, NIC	129
MÉTODO OU PROCEDIMENTO ARRISCADO	130	CONDIÇÃO AMBIENTE DE INSEGURANÇA INEXISTENTE	131
OBS: VER NBR 14280 SUB CATEGORIAS E CODIFICAÇÕES			
CLASSIFICAÇÃO DO AGENTE DO ACIDENTE E FONTE DA LESÃO			
<p>AGENTE DO ACIDENTE</p> <p>QUADRO 4 NBR 14280</p> <p>Nº _____</p>	132	<p>FONTE DA LESÃO</p> <p>QUADRO 4 NBR 14280</p> <p>Nº _____</p>	139
SUPERFÍCIE E ESTRUTURA	133	SUPERFÍCIE E ESTRUTURA	140
FERRAMENTA, MÁQUINA, EQUIPAMENTO, VEÍCULO	134	FERRAMENTA, MÁQUINA, EQUIPAMENTO, VEÍCULO	141
SUBSTÂNCIA QUÍMICA, PRODUTO	135	ENERGIA	142
SER VIVO	136	SUBSTÂNCIA QUÍMICA, PRODUTO	143
OUTRO:	137	SER VIVO	144
AGENTE DO ACIDENTE INEXISTENTE	138	FONTE DA LESÃO INEXISTENTE	145
OBS: VER NBR 14280 SUB CATEGORIAS E CODIFICAÇÕES			

CAUSA BÁSICAS (CAUSA RAIZ/CAUSAS INDIRETAS)			
FATORES PESSOAIS		FATORES DE TRABALHO	
QUADRO 5 NBR 14280			
N° _____			
	146		
		LIDERANÇA E / OU SUPERVISÃO INADEQUADA	154
APTIDÃO FÍSICA / FISIOLÓGICA INADEQUADA	147	ENGENHARIA OU PLANEJAMENTO INADEQUADO	155
	148	ADQUIÇÃO INADEQUADA	156
APTIDÃO MENTAL / PSICOLÓGICA INADEQUADA			
ESTRESSE FÍSICO	149	MANUTENÇÃO INADEQUADA	157
	150	FERRAMENTAS E EQUIPAMENTOS INADEQUADOS	158
FALTA DE CONHECIMENTO			
FALTA DE HABILIDADE	151	PADRÕES / PROCEDIMENTOS DE TRABALHO INADEQUADOS	159
	152	DESGASTE POR ABUSO	160
MOTIVAÇÃO IMPRÓPRIA (PARADIGMA)			
OUTROS:	153	ABUSO OU MAU USO	161
		OUTROS:	162
OBS: VER NBR 14280 SUB CATEGORIAS E CODIFICAÇÕES			
MEDIDAS DE CONTROLE PREVENTIVA / CORRETIVA			
PARTICIPAR DE TREINAMENTOS	163	CRIAR PROCEDIMENTO DE TRABALHO	164
	165	REVISAR PROCEDIMENTO DE TRABALHO ESPECIFICO	166
INSTRUIR EM SEGUIR PADRÃO DE TRABALHO			
FAZER EXAMES MÉDICOS	167	PROTEGER / FORNECER PROTEÇÃO	168
	169	CONSERTAR	170
PARTICIPAR DOS DDS DO SETOR			
REFORÇAR / ADVERTIR	171	MODIFICAR	172
	173	BLOQUEAR	174
PARTICIPAR DE TREINAMENTO ESPECÍFICO			
ORIENTAR	175	HOUSEKEEPING	176
	177	FORNECER PROTEÇÃO	178
TRANSFERIR PARA OUTRO TRABALHO			
OUTROS:	179	OUTROS:	180

MANUAL PARA PREENCHIMENTO DA ANÁLISE DO ACIDENTE DO TRABALHO (DAS/DASSC)

GERAL (DAH)

Campo 1 – Informe a data em que o acidente ocorreu;

Campo 2 – Informe a hora em que o acidente ocorreu;

Campo 3 – Informe o número de horas trabalhadas, do início da jornada de trabalho até a hora do acidente;

Campo 4 – Informe o nome do acidentado;

Campo 5 – Informe o Registro do acidentado;

Campo 6 – Informe a idade do acidentado;

Campo 7 – Informe o setor / área de trabalho do acidentado;

Campo 8 – Informe a ocupação / função do acidentado;

Campo 9 – Informe o tempo total de trabalho do acidentado para a empresa;

Campo 10 – Informe o tempo total de trabalho do acidentado no cargo atual;

Campo 11 – Informe o nome do supervisor / superior imediato do acidentado;

Campo 12 – Informe o nome do coordenador do acidentado;

LESÃO

Campos de 13 a 15 – Marque um “X” sobre a classificação da lesão do acidentado sofreu;

Campo 16 – Preencha o espaço vazio onde diz N°, consultando o quadro 9 da NBR 14280 com relação a subcategorias e codificações no que se refere a parte do corpo afetada;

Campos de 17 a 30 - Marque um “X” sobre a parte do corpo afetada;

Campo 31 – Preencha o espaço vazio onde diz N°, consultando o quadro 8 da NBR 14280 com relação a subcategorias e codificações no que se refere ao efeito gerado à pessoa;

Campos de 32 a 45 - Marque um “X” sobre o efeito gerado ao acidentado;

INCIDENTE COM DANOS

Campo 46 - Preencha o espaço vazio onde diz N^o, consultando o quadro 2 da NBR 14280 levando em consideração sub categorias e codificações no que se refere á espécie de acidente impessoal;

Campo de 47 á 57 - Marque um “X” no espaço em branco referente a espécie de acidente impessoal, á esquerda;

ANALISE DA CAUSA DO ACIDENTE

Campo 58 - Preencha o espaço vazio onde diz N^o, consultando o quadro 3 da NBR 14280 levando em consideração sub categorias e codificações no que se refere ao tipo de acidente pessoal;

Campos de 59 á 79 - Marque um “X” no espaço em branco referente ao tipo de acidente pessoal, á esquerda;

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE

Campo 80 – Forneça uma breve descrição do acidente;

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES EXERCIDAS PELO EMPREGADO

Campo 81 – Forneça uma breve descrição das atividades exercidas pelo empregado antes do acidente;

Campo 82 – Informe o setor no qual o empregado exercia suas atividades no momento do acidente;

Campo 83 – Informe quais os EPI,s utilizados pelo empregado no momento do acidente;

Campos de 84 á 85 - Marque um “X” na opção (sim ou não) se houve testemunhas do acidente;

Campo 86 – Informe as principais providências para evitar o acidente/incidente ocorrido;

Campos de 87 á 88 - Marque um “X” na opção (sim ou não) se houve atividades que contribuíram para o acidente;

Campo 89 – Coloque alguma observação que julgar necessária;

Campo 90 – Informe a causa imediata do acidente;

Campos 91 á 92 - Marque um “X” na opção (sim ou não) se houve atendimento médico;

Campo 93 – Informe a(s) causa(s) provável(is) do acidente;

Campos de 94 á 95 - Marque um “X” na opção (sim ou não) se houve carga horária excessiva;

Campo 96 – Informe o local do acidente/incidente;

Campo 97 – Se necessário informe a quantidade de horas excessivas trabalhadas pelo empregado no dia do acidente;

Campos de 98 á 99 - Marque um “X” na opção (sim ou não) se houve afastamento do trabalho;

Campo 100 – Informe as condições de trabalho antes do acidente;

CAUSA DIRETA DO ACIDENTE

Campo 101 - Preencha o espaço vazio onde diz N^o, consultando o quadro 6 da NBR 14280 levando em consideração sub categorias e codificações no que se refere a atos inseguros;

Campos de 102 á 120 - Marque um “X” no espaço em branco referente á atos inseguros, á esquerda;

Campos 121 - Preencha o espaço vazio onde diz N^o, consultando o quadro 7 da NBR 14280 levando em consideração sub categorias e codificações no que se refere as condições inseguras;

Campos de 122 á 131 - Marque um “X” no espaço em branco referente as condições inseguras, á esquerda;

CLASSIFICAÇÃO DO AGENTE DO ACIDENTE E FONTE DA LESÃO

Campo 132 - Preencha o espaço vazio onde diz N^o, consultando o quadro 4 da NBR 14280 levando em consideração sub categorias e codificações no que se refere ao agente do acidente;

Campos de 133 á 138 - Marque um “X” no espaço em branco referente ao agente do acidente, á esquerda;

Campo 139 - Preencha o espaço vazio onde diz N^o, consultando o quadro 4 da NBR 14280 levando em consideração sub categorias e codificações no que se refere a fonte da lesão;

Campos de 140 á 145 - Marque um “X” no espaço em branco referente a fonte da lesão, á esquerda;

CAUSA BÁSICAS (CAUSA RAIZ/CAUSAS INDIRETAS)

Campo 146 - Preencha o espaço vazio onde diz N^o, consultando o quadro 5 da NBR 14280 levando em consideração sub categorias e codificações no que se refere aos fatores pessoais;

Campos de 147 á 153 - Marque um “X” no espaço em branco referente aos fatores pessoais, á esquerda;

Campos de 154 á 162 - Marque um “X” no espaço em branco referente aos fatores de trabalho, á esquerda;

MEDIDAS DE CONTROLE PREVENTIVA / CORRETIVA

Campos de 163 á 180 - Marque um “X” no espaço em branco referente as medidas de controle preventivas / corretivas, á esquerda;

RELATÓRIO DA TESTEMUNHA

Campo 181 – Anote uma breve descrição do acidente segundo relatório de uma testemunha;

Campo 182 – Este campo deve ser assinado pela testemunha que presenciou o acidente conforme campo anterior;

Campo 183 – Informe a data em que foi feito o relato da testemunha sobre o acidente;

RELATÓRIO FOTOGRÁFICO

Campo 184 – Se possível anexe uma ou mais fotografias para ilustrar o acidente;

Campo 185 – Assinatura da pessoa que fez a análise do acidente;

Campo 186 – Informe o RE da pessoa que fez a análise do acidente;

Campo 187 – Informe a data em que foi feita a análise do acidente;

Campos 188 e 189 - Marque um “X” na opção (sim ou não) se houve relação entre o acidente ocorrido as atividades desempenhadas e a natureza das lesões;

Campo 190 – Informe o numero da CAT emitida;

Campo 191 - Coloque alguma observação que julgar necessária;

Campo 192 – Assinatura chefe DAS/DASSC;

Campo 193 – Assinatura do setor DAH;

Campo 194 – Assinatura chefia imediata do acidentado;