**INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTES ANEXO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO ACIDENTADO** | | | | | | | | | | | |
| 1. Nome do Acidentado: | | | | | | | | | 2.Matricula: | | |
| 3.Data de Nascimento: | | | | | | 4.Idade: | | | 5.Sexo: ( ) Fem. ( ) Masc. | | |
| 6.Estado Civil:  ( ) Solteiro (a) ( ) Divorciado(a)  ( ) Casado (a) ( ) Viúvo (a) | | | | | | | | | 7.Gestante:  ( ) Sim ( ) Não | | |
| 8.Cargo/Função: | | | | | | | 9.Vinculo:  ( ) Concursado ( )Terceirizado ( ) Contratado  ( ) Comissionado ( )Estudante | | | | |
| 10.Endereço do Acidentado: | | | | | | | | 11.bairro: | | | |
| 12.Municipio de Residência: | | | | | 13.UF: | | | 14.CEP: | | | |
| **DADOS DO ACIDENTE** | | | | | | | | | | | |
| 15.Estabelecimento de Ocorrência: | | | | | | | | 16.Setor: | | | |
| 16.Horas do Acidente: | | 18.Data:  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | 19.Horas Após Início da Jornada de Trabalho: | |
| 20.Descrição do Acidente: | | | | | | | | | | | |
| 21.Tipo de Exposição (em casos de ATEMB):  ( ) Percutânea ( )Mucosa ( ) Pele Não –Integra ( ) Pele Integra | | | | | | | | | | | |
| 22.Agente Causador:  ( ) Agulha ( ) Bisturi ( ) Vidro ( ) Outros  Descrição:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| 23. Tipo de Material Orgânico:  ( ) Sangue ( ) Fluido Orgânico Infectante  ( ) Fluido Orgânico Não Infectante ( ) Fluido Orgânico com Sangue | | | | | | | | | | | |
| 24. Conduta:  ( ) Sem risco de Contaminação (Incidente)  ( ) Investigar Possibilidade de Contaminação  ( ) Uso de Imunoglobulina – Hepatite B  ( ) Encaminhamento ao Especialista  ( ) Uso de Quimioprofilaxia | | | | | | | | | | | |
| 25.Causa Apurada: | | | | | | | | | | | |
| 26.Medidas Preventivas: | | | | | | | | | | | |
| 27.conclusão do Caso:  ( ) Afastamento Temporário ( ) Óbito por outras causas  ( ) Incapacidade Parcial Temporária ( )Óbito por acidente de Trabalho Grave  ( ) Incapacidade Parcial Permanente ( ) Outros  ( ) Incapacidade Total Temporária  ( ) Incapacidade Total Permanente | | | | | | | | | | | |
| 28.Emissão de CAT  ( ) Sim ( ) Não | | | | | | | 29.Emissão de CAS  ( ) Sim ( ) Não | | | | |
| Assinatura  NASST | | | Coordenador do Setor | | | | | | | | Assinatura do Servidor  Acidentado |
| **INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO** | | | | | | | | | | | | |
| **DADOS DO ACIDENTADO** | | | | | | | | | | | | |
| **1** | **Nome do acidentado** | | | Informe o nome completo do acidentado | | | | | | | | |
| **2** | **Matricula** | | | Número de registro do servidor na instituição pública | | | | | | | | |
| **3** | **Data de nascimento** | | | Data de nascimento do acidentado | | | | | | | | |
| **4** | **Idade** | | | Número de anos que o trabalhador possui | | | | | | | | |
| **5** | **Sexo** | | | Masculino ou Feminino | | | | | | | | |
| **6** | **Estado civil** | | | Situação do trabalhador com relação ao matrimonio ou à sociedade conjugal | | | | | | | | |
| **7** | **Gestante** | | | Se o trabalhador do sexo feminino, o estado em que se encontra altera os fatores | | | | | | | | |
| **8** | **Cargo/função** | | | Qual o cargo ou função que o profissional desempenha dentro do estabelecimento | | | | | | | | |
| **9** | **Vinculo** | | | Qual o tipo de vínculo protegido o trabalhador se encontra efetivo comissionado, contratado, terceirizado | | | | | | | | |
| **10** | **Endereço do acidentado** | | | Informe o endereço onde o trabalhador reside | | | | | | | | |
| **11** | **Bairro** | | | Informe o bairro onde o trabalhador reside | | | | | | | | |
| **12** | **Município de residência** | | | Município de residência fixa | | | | | | | | |
| **13** | **UF** | | | Informe o estado que acidentado possui residência fixa | | | | | | | | |
| **14** | **CEP** | | | Informe o código de endereçamento postal do acidentado | | | | | | | | |
| **Dados do acidente** | | | | | | | | | | | | |
| **15** | **Estabelecimento de ocorrência** | | | Nome do estabelecimento onde houve o ocorrido | | | | | | | | |
| **16** | **Setor** | | | Subdivisão do estabelecimento onde aconteceu o acidente | | | | | | | | |
| **17** | **Horas do acidente** | | | Momento exato da ocorrência | | | | | | | | |
| **18** | **Data** | | | Informe a data em que ocorreu o acidente | | | | | | | | |
| **19** | **Horas após início da jornada de trabalho** | | | Informe a hora em que o acidentado iniciou sua jornada de trabalho antes de ocorrer o acidente | | | | | | | | |
| **20** | **Descrição do acidente** | | | Descreva como ocorreu o acidente detalhadamente | | | | | | | | |
| **21** | **Tipo de exposição (em casos de ATEMB)** | | | Informe se a exposição foi:  Percutânea (lesões provocadas por instrumentos perfuro cortantes, como: agulhas, vidrarias);  Mucosa: (contato com material biológico em mucosa);  Pele íntegra: (contato com material biológico em pele sem ferimento ou lesão.);  Pele não-íntegra: contato com material biológico em pele com ferida ou lesão. | | | | | | | | |
| **22** | **Agente causador** | | | Agente causador de uma doença ou acontecido | | | | | | | | |
| **23** | **Tipo de material orgânico** | | | Marque a opção que coincide se o material causador do acidente possui:  Sangue: liquido vermelho, que circula nas artérias e veias bombeado pelo coração.  Fluido orgânico não infectante: (suor, lágrima, saliva, urina, vômitos e etc.) não contaminados com sangue  Fluido orgânico infectante: (sêmen, secreção vaginal, leite materno, líquor e etc.  Fluido orgânico com sangue: (suor com sangue, saliva com sangue, urina com sangue e etc.) | | | | | | | | |
| **24** | **Conduta** | | | Qual o procedimento tomado com relação ao acidente e o acidentado | | | | | | | | |
| **25** | **Causa apurada** | | | O que causou o acidente ou situação. Analise sobre o ocorrido | | | | | | | | |
| **26** | **Medidas preventivas** | | | Quais medidas foram tomadas para prevenir que novas ocorrências aconteça | | | | | | | | |
| **27** | **Conclusão do caso** | | | Conforme as opções acima, informe-se qual a conclusão para o caso do acidentado | | | | | | | | |
| **28** | **Emissão de CAT** | | | Informe se foi emitido a comunicação de acidente do trabalho para trabalhadores vinculados ao INSS | | | | | | | | |
| **29** | **Emissão de CAS** | | | Informe se foi emitido a comunicação de acidente em serviços para trabalhadores e efetivos em cargos públicos- secretaria de saúde do Tocantins. | | | | | | | | |