

**REGISTRO DE ACIDENTE DE TRABALHO - FICHA DE REGISTRO****Ano referência:**

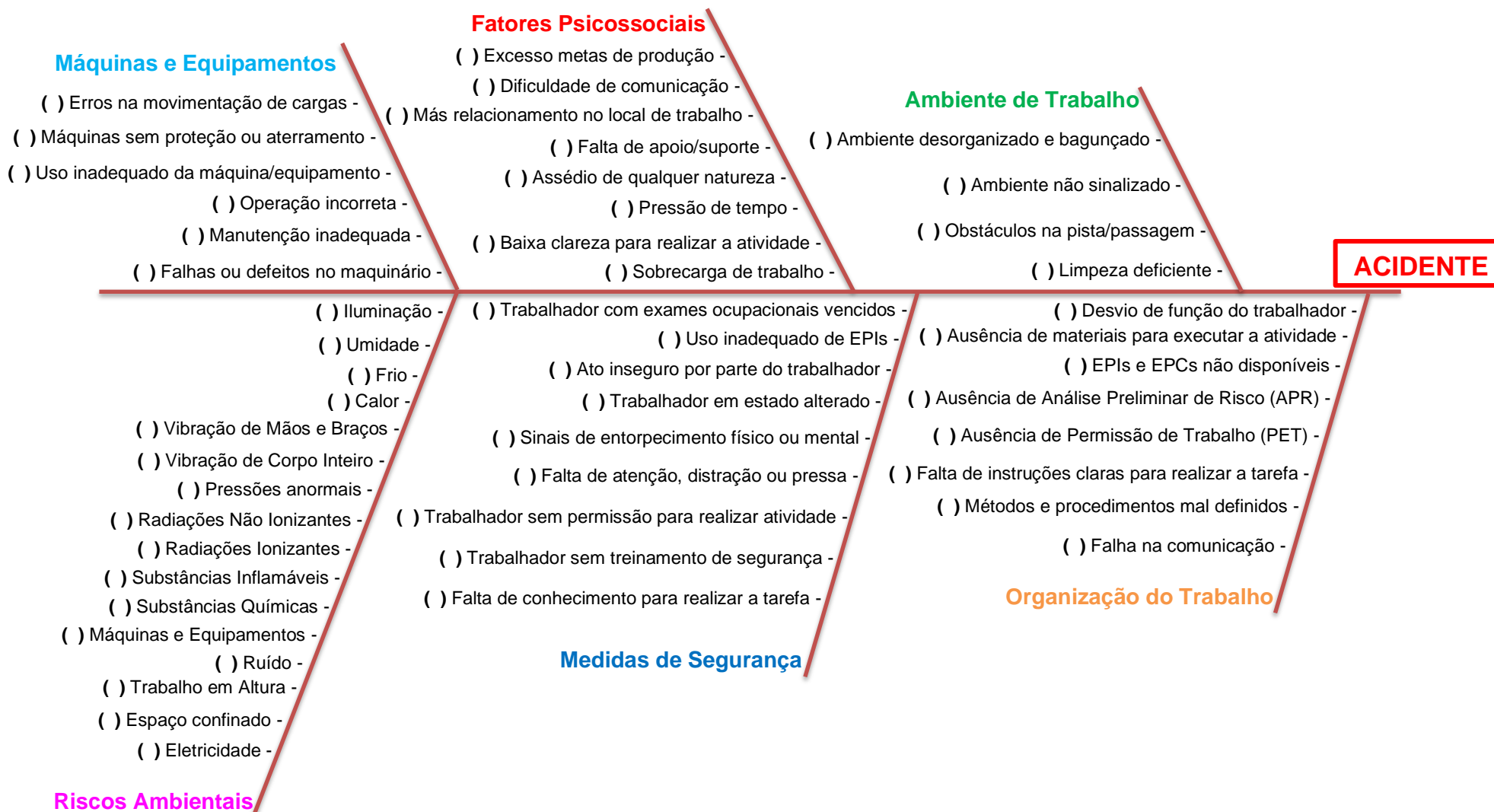
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Houve Acidente de Trabalho, qual mês?	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Não Houve Acidente de Trabalho	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )

***Obs.: Caso houver acidente deverá haver investigação.***

RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO DE OCORRÊNCIA			
<b>INFORMAÇÕES DA OCORRÊNCIA</b>			
Nº da CAT:		Data de Abertura da CAT:	
Funcionário:		Local do Acidente:	
Lotação (Empresa):		Setor/GHE:	
<b>TIPO DE OCORRÊNCIA</b>			
<b>Classificação:</b>		<b>Tipo:</b>	
<input type="checkbox"/> Acidente com fatalidade (Gera CAT - Gera Afastamento)		<input type="checkbox"/> Incêndio	<input type="checkbox"/> Biológicos
<input type="checkbox"/> Acidente com afastamento (Gera CAT - Gera Afastamento)		<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Produtos Químicos
<input type="checkbox"/> Acidente sem afastamento (Gera CAT - Não gera Afastamento)		<input type="checkbox"/> Queda de Objetos	<input type="checkbox"/> Queda de Altura
<input type="checkbox"/> Doença ocupacional (Gera CAT - Não gera afastamento)		<input type="checkbox"/> Tombamento	<input type="checkbox"/> Choque Elétrico
<input type="checkbox"/> Incidente/Desvio (Não gera CAT - Não gera afastamento)		<input type="checkbox"/> Lesões, cortes, escoriações	<input type="checkbox"/> Outros
Descrição da Ocorrência:			
<b>INVESTIGAÇÃO</b>			
Após quantas horas de trabalho o acidente ocorreu?		R.:	
As máquinas ou ferramentas estavam continham proteções e estavam em perfeitas condições de uso?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Funcionário recebeu orientação ou treinamento prevencionista?		<input type="checkbox"/> Não Aplicável	<input type="checkbox"/> Não Aplicável
Funcionário reincidente?		<input type="checkbox"/> Não Aplicável	<input type="checkbox"/> Não Aplicável
Funcionário trabalhava sozinho?		<input type="checkbox"/> Não Aplicável	<input type="checkbox"/> Não Aplicável
Faltou equipamento de segurança?		<input type="checkbox"/> Não Aplicável	<input type="checkbox"/> Não Aplicável
Fez Análise Preliminar de Risco (APR) ou Permissão de Trabalho (PT)?		<input type="checkbox"/> Não Aplicável	<input type="checkbox"/> Não Aplicável
Houve instruções específicas para a tarefa?		<input type="checkbox"/> Não Aplicável	<input type="checkbox"/> Não Aplicável
O responsável pelo serviço estava presente?		<input type="checkbox"/> Não Aplicável	<input type="checkbox"/> Não Aplicável
Os equipamentos de segurança eram adequados?		<input type="checkbox"/> Não Aplicável	<input type="checkbox"/> Não Aplicável
Quais foram as condições inseguras constatadas em entrevista?		R.:	
Quais foram os atos inseguros que contribuíram para a ocorrência?		R.:	
<b>CONCLUSÃO DO INVESTIGADOR</b>			
<b>PLANO DE AÇÃO PARA A OCORRÊNCIA</b>			
<b>ASSINATURAS</b>			
Investigador: _____		Funcionário(a): _____	
Data: _____			

**Diagrama de Ishikawa:** O Diagrama de Ishikawa / Espinha de Peixe ou "Diagrama de Causa e Efeito", é uma ferramenta eficaz para analisar as causas de um **acidente de trabalho**. Quando aplicado, o diagrama ajuda a identificar as possíveis causas que contribuíram para o incidente, permitindo uma análise mais detalhada e a implementação de ações corretivas para evitar a repetição do acidente.

**Assinale com um "X" abaixo quais causas contribuíram para o acidente:**



CÁLCULO DE CUSTO DE ACIDENTES (ABNT: NBR 14.280/2001)		
<b>Identificação:</b>		
<b>Empresa:</b>	<b>CNPJ:</b>	
<b>Nome do Acidentado:</b>		
<b>CPF:</b>	<b>Cargo / Função:</b>	<b>Setor / GHE:</b>
<b>Máquinas/Equipamento/Veículo:</b>		<b>Data do Acidente:</b>
<b>Classificação do Acidente:</b>		
Pode ser assinalado mais de uma opção, dependendo do acidente:		
<input type="checkbox"/>	Impessoal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Pessoal com lesão e afastamento	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Danos materiais em veículos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Pessoal com lesão sem afastamento	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Danos materiais em máquinas / equipamentos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>
<b>A. Custo correspondente ao Período de Afastamento:</b>		
<b>Item:</b>	<b>Descrição:</b>	<b>Custo (R\$):</b>
01	Remuneração mensal do acidentado e encargos sociais	
02	Remuneração diária do acidentado (item 01 dividido por 30)	
03	Dias de afastamento, máximo 15 dias. (item 02 x dias afastado)	
<b>04</b>	<b>Subtotal A (Soma dos itens 01 e 03)</b>	
<b>B. Custo de Reparo e Reposição de Materiais:</b>		
05	Despesas com aquisição de material / equipamento para reposição	
06	Despesas com reparo de material / equipamento danificado	
<b>07</b>	<b>Subtotal B (Soma dos itens 05 e 06)</b>	
<b>C. Custo Relativo à Assistência ao Acidentado:</b>		
08	Serviço médico medicamentos do atendimento imediato	
09	Despesas com deslocamento / remoção do acidentado	
10	Custo do tempo dispendido por empregados no socorro ao acidentado	
11	Despesas com assistência médica, social e psicológica	
12	Indenização ao funcionário, via judicial	
13	Outros Custos	
<b>14</b>	<b>Subtotal C (soma dos itens 08, 09, 10, 11, 12 e 13)</b>	
<b>D. Custos Complementares:</b>		
15	Comissão de investigação do acidente	
16	Readaptação do acidentado	
17	Perda de faturamento	
18	Outros custos	
<b>19</b>	<b>Subtotal D (soma dos itens 15, 16, 17 e 18)</b>	
<b>E. Indenizações Recebidas pela Empresa:</b>		
20	Indenizações recebidas por seguradoras	
21	Indenizações recebidas por terceiros	
<b>22</b>	<b>Subtotal E (item 20 item 21)</b>	
<b>Custo Total:</b>		
<b>23</b>	<b>Total (soma dos Subtotais A, B, C, D menos Subtotal E)</b>	

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_