



**EM ATÉ 48H, O FUNCIONÁRIO ACIDENTADO DEVERÁ LEVAR O BOLETIM DE ATENDIMENTO E ENCAMINHAMENTO AO SESMT DEVIDAMENTE PREENCHIDO AO SESMT, PARA REGISTRO E INVESTIGAÇÃO DO ACIDENTE, INDEPENDENTE DE COINCIDIR COM O DIA DE FOLGA.**

**PROCEDIMENTO PARA O ATENDIMENTO EM CASO DE ACIDENTE DO TRABALHO TÍPICO****(Passo a passo)**

Deverão ser adotados **OBRIGATORIAMENTE** os seguintes passos em caso de acidentes típicos do trabalho:

**1º PASSO:** Interromper as atividades.

**2º PASSO:** O funcionário acidentado deverá comunicar imediatamente à chefia direta.

**3º PASSO:** A chefia ou o (a) Enfermeiro (a) deverá solicitar o serviço de táxi para encaminhar este funcionário ao HPSC para atendimento.

**SOLICITAÇÃO DO TÁXI:** de segunda à sexta-feira das 08:00 às 17:48, através do ramal 8048. À noite das 19:00 as 07:00, e nos finais de semana das 09:00 as 21:00 solicitar pelo ramal: 8178 (plantão administrativo).

**4º PASSO:** Após retorno do atendimento médico deverá procurar **IMEDIATAMENTE** a chefia para o preenchimento do encaminhamento ao SESMT.

**5º PASSO:** O funcionário acidentado deverá levar este encaminhamento preenchido e o boletim de atendimento para registrar o acidente no SESMT no prazo máximo de 48 h.

Será avaliado pelo Médico do Trabalho para emissão de CAT e demais encaminhamentos, independente de coincidir com o dia de folga.

Será caracterizado acidente típico quando ocorrido durante a prestação de serviços ou intervalos, dentro das dependências da instituição, incluindo-se os causados por atos de imperícia, imprudência, negligência, praticados pelo próprio funcionário ou por colegas de trabalho. Exemplos: quedas, contusões, choques elétricos, cortes, entre outros.

**TODOS OS PASSOS DEVEM SER SEGUIDOS INDEPENDENTE DO FUNCIONAMENTO DO SESMT.**



**GAMP**  
GESTÃO DE SAÚDE FOCADA EM RESULTADOS  
DESDE 2006

**Fluxograma**  
**Procedimento em caso de acidente do**  
**trabalho TÍPICO**

**Revisão: 04**  
**Data: 11/04/2018**

<b>ENCAMINHAMENTO AO SESMT</b> <b>(OBRIGATÓRIO o preenchimento completo)</b>				
Nome:			Matrícula	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Sector:	Função:	Ramal:	Tempo de Função:	Turno :
Horário de trabalho:	Expediente: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Extra <input type="checkbox"/> Troca		Após quantas horas trabalhadas:	
Tipo de Acidente: <input type="checkbox"/> Biológico <input type="checkbox"/> Típico <input type="checkbox"/> Traieto				
Local do Acidente:	Possui outra atividade <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Atualmente exerce alguma atividade de ensino antes/após o trabalho? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Data: ____/____/____ Hora da ocorrência ____h ____min				
Objeto causador:			Parte do corpo atingida:	
Descrição do acidente:				
Nome da(s) testemunha(s):				
<b>PREENCHER ITENS ABAIXO SE ENVOLVIMENTO DE MATERIAL BIOLÓGICO / ASSINAR SEMPRE</b>				
O acidente ocorreu por:				
( ) Respingo ( ) Corte ( ) Punctório ( ) Outro:				
Lavagem exaustiva da parte atingida com água corrente ou soro fisiológico: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM				
Nome do paciente fonte:		Funcionário ESTAVA usando EPI: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(is): <input type="checkbox"/> Calçado de segurança/fechado <input type="checkbox"/> Luvas de procedimento <input type="checkbox"/> Luvas antialérgica <input type="checkbox"/> Máscara bico de pato <input type="checkbox"/> Máscara cirúrgica <input type="checkbox"/> Máscara N95 <input type="checkbox"/> Avental de PVC <input type="checkbox"/> Luva de látex <input type="checkbox"/> Óculos de proteção		
Material biológico do contato:		Outros/Quais?:		
Médico assistente do paciente fonte:				Internação: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Patologia do				Quarto:
Nome do realizador do teste rápido: Laboratório HU			Resultado do teste rápido do paciente fonte:	
Ass. / Carimbo:			<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	
Data / Hora.:				
Foi indicado quimioprofilaxia HIV: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Data:	Assinatura do funcionário:		Assinatura da chefia do setor:	
	_____		_____	