



Acidente de Trabalho SEM Material Biológico

No horário entre 08:00 – 12:00 e das 13:00 - 17:00 de segunda a sexta-feira procurar o SESMT, fora dos dias e horários citados a chefia ficará responsável por todo o processo.

1. Comunicar a liderança;
2. Imprimir formulários de acidente de trabalho (disponível na área de trabalho de todos os computadores) e preencher registro/notificação de acidente (anexo 1 e 3);
3. Encaminhar funcionário para emergência;
4. Confeccionar Ficha de Atendimento;
5. Passar por consulta com médico da emergência;
6. Anexar cópia Ficha de Atendimento a ficha de notificação de acidente e SINAN;
7. Funcionário apresenta-se no SESMT até o primeiro dia útil após o acidente para entrega de documentos (anexos + cópia atendimento + SINAN).

Quem preenche os anexos?

Anexo1: Chefia

Anexo 3: Médico da emergência que
realizou atendimento

ANEXO1-REGISTRO E INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO

Classificação do acidente					
() Acidente atípico –trajeto para trabalho ou residência		() Com material Biológico			
() Típico – durante a atividade Laboral		() Sem Material Biológico			
Identificação do Funcionário					
Nome Completo:_____					
Setor:_____ Função:_____ Nº Crachá:_____ Tempo Formado:____ anos					
Informações do acidente					
Data Acidente:___/___/___		Horário: ___ h___ mim			
Data Atendimento ___/___/___		Horário:___ h___ min			
Data Registro:___/___/___		Horário: ___ h___ mim			
Fonte se conhecida : Nome Completo:_____ Leito_____					
Local onde ocorreu o acidente:_____					
Parte do corpo atingida:_____					
Descrição detalhada do acidente:_____					
Tipo de Perfuro-cortante:					
() Agulha 13x4	() Agulha 25x7	() Agulha 40x12			
() Abocath	() Lâmina Bisturi	() Agulha Coleta de Sangue			
() Lanceta	() Seringa Agulhada	() Scalp			
Observações do SESMT					
Assinatura do Funcionário Ou Responsável			Assinatura responsável pelo Preenchimento e carimbo		
Porto Alegre, ____ de _____ de _____. 					



ANEXO3-AVALIAÇÃO DO PLANTÃO MEDICO PÓS ACIDENTE DE TRABALHO

1. Identificação do Funcionario	
Nome completo: _____	
Setor: _____	Função: _____ Horário: ____h ____min
2. Descrição da Natureza da lesão:	
3. Provável diagnóstico:	
4. CID:	
5. Encaminhamento para atendimento em outro Hospital: () Sim () Não	
5.1. Local de encaminhamento para atendimento:	
6. Encaminhamento para Médica do trabalho: () Sim () Não	
7. Afastamento das atividades laborais: () Não () Sim por ____ dias	
8. Teste rápido para HIV: () Positivo () Negativo () Não Realizado Teste rápido para HCV: () Positivo () Negativo () Não Realizado Teste rápido para LUES: () Positivo () Negativo () Não Realizado Teste rápido para HBsAg: () Positivo () Negativo () Não Realizado	
9. Observações:	
<div>Assinatura do Funcionario</div> <div>Assinatura e Carimbo Médico Plantão</div> <div>Porto Alegre, ____ de _____ de ____.</div>	

OBS.: Anexar cópia do FAMAU(Boletim de atendimento)