	Tipo de Documento:	Procedimento
	Área de Aplicação:	Segurança e Saúde do Trabalho
	Título do Documento:	Metodologia de Investigação e Análise de Acidentes e Incidentes

Sumário

1.	OBJETIVO.....	1
2.	ÂMBITO DE APLICAÇÃO	1
3.	DEFINIÇÕES.....	1
4.	DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA.....	3
5.	RESPONSABILIDADES	3
6.	REGRAS BÁSICAS	4
7.	CONTROLE DE REGISTROS.....	10
8.	ANEXOS.....	10
9.	REGISTRO DE ALTERAÇÕES	12

1.OBJETIVO

Estabelecer os requisitos para a emissão de relatórios, a investigação e a correção de acidentes e incidentes relacionados a riscos possíveis ou existentes de segurança de forma sistêmica para identificar a causas imediatas, básicas, desvios e/ou falhas, falta de controle e estabelecer o plano de ação corretivo e preventivo.

2.ÂMBITO DE APLICAÇÃO

2.1. Empresa

A CPFL Energia, seus departamentos / áreas corporativas e todas as suas controladas diretas e / ou indiretas (juntas, denominadas “Grupo CPFL”), exceto as empresas com seus próprios padrões de governança e gestão que compartilham controle com outras empresas.

2.2. Área


Todas as áreas corporativas da CPFL Energia e todas as áreas das empresas mencionadas acima estão incluídas no escopo deste documento.

3.DEFINIÇÕES

3.1 GIAA

Grupo de pessoas (designado ou convidado) formando o Grupo de Investigação e Análise de Acidente que tem como coordenador o Gerente de nível “Departamental” (Superintendente) e responsável pela área onde ocorreu o acidente, na ausência deste outro Gerente que possa responder pela área. Caso haja o envolvimento de dois ou mais Departamentos, as gerências envolvidas designarão, dentre os envolvidos, o coordenador do GIAA que investigará o acidente.

N.Documento:	Categoria:	Versão:	Aprovado por:	Data Publicação:	Página:
2709	Instrução	1.17	Marcos Victor Lopes	31/10/2022	1 de 13

	Tipo de Documento:	Procedimento
	Área de Aplicação:	Segurança e Saúde do Trabalho
	Título do Documento:	Metodologia de Investigação e Análise de Acidentes e Incidentes

3.1.1. Membros Permanentes do GIAA

- Gerente de nível “Departamental” ou gestor imediato do acidentado
- Colaborador membro da CIPA (designado para esta atribuição)
- Profissional de Segurança do Trabalho (de acordo com sua área de atuação)

3.1.2. Membros Eventuais do GIAA

Qualquer convidado especialista, colaborador ou não e com formação e/ou conhecimento técnico específico, que o grupo considerar necessário para melhor elucidar as causas do evento objeto de estudo, como colaborador da área de Engenharia e/ou da Universidade CPFL.

Nota

Para acidentes fatais, o GIAA deverá ser composto por uma Comissão, onde os profissionais serão definidos pelo Diretor Presidente.

3.2. Investigação e análise do evento

Conjunto de ações que conduzem ao entendimento do evento, a identificação dos fatores relevantes para sua ocorrência e favorecem na tomada de decisão.

3.3. Incidente de Alto Potencial

Serão tratados de maneira idêntica aos acidentes graves.

3.4. Causa Imediata

É aquela que causou ou contribuiu imediatamente para a ocorrência de um acidente, ou uma falha no processo. Geralmente são vistas ou sentidas.

3.5. Causa Básica

É aquela que ao ser identificada, tratada e eliminada, evita que o problema volte a ocorrer. Razões pelas quais os comportamentos e condições fora do padrão ocorreram.

Fatores que se identificados, permitem um controle através da gestão do risco, auxiliam na explicação do porquê são realizadas práticas fora do padrão.

3.6. Falta de Controle

As falhas que resultam nessa situação podem ter relação com a falta de padrões de qualidade, falta de organização ou até mesmo com problemas de planejamento.

O controle faz parte das quatro funções essenciais da gestão: planejar, fazer, checar e agir.

Estas funções se relacionam com as atividades de gestão (gerenciamento/planejamento), independente de nível hierárquico.


Principais reações decorrentes da falta de controle:

- 1 - Sistema, ou proteção, inadequado
- 2 - Padrão ou procedimento inadequado
- 3 - Não cumprimento do padrão ou procedimento

3.7. Planilha de Avaliação dos Riscos Ocupacionais

É o registro da identificação, avaliação, medidas de controle e atualização dos riscos ocupacionais existentes no Grupo CPFL Energia, seguindo critérios preestabelecidos e com objetivo de propiciar informações necessárias para análise, gestão e subsídio nas tomadas de

N.Documento:	Categoria:	Versão:	Aprovado por:	Data Publicação:	Página:
2709	Instrução	1.17	Marcos Víctor Lopes	31/10/2022	2 de 13

	Tipo de Documento:	Procedimento
	Área de Aplicação:	Segurança e Saúde do Trabalho
	Título do Documento:	Metodologia de Investigação e Análise de Acidentes e Incidentes

decisões. Esta planilha deve ser avaliada durante a investigação e atualizada, se necessário. A planilha está disponível no Sharepoint. Clique [aqui](#) para acessar.

3.8. Testemunha

Colaborador que esteve presente no momento do acidente ou que foi convocado para dar depoimento.

4. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

- ✓ Portaria 3.214 do Ministério do Trabalho – Normas Regulamentadoras
- ✓ Normativo 454 – Acidente do Trabalho
- ✓ Normativo 2209 – Identificação avaliação e atualização dos riscos ocupacionais

5. RESPONSABILIDADES

5.1. GIAA – Grupo de Investigação e Análise de Acidente

- Analisar o evento;
- Identificar fatos relevantes que contribuíram para concretização do evento objeto de análise;
- Identificar as causas imediatas, básicas e ou falta de controle;
- Conferir e analisar o histórico de horas extras do acidentado;
- Propor medidas preventivas e/ou corretivas.
- Assinar o relatório de investigação e arquivar.

5.2. Gerente de nível “Departamental” (Superintendente)

- Convocar e coordenar o GIAA;
- Garantir que a investigação seja feita e comunicada dentro do prazo estabelecido neste documento;
- Garantir que seja avaliado o histórico de horas extras do acidentado;
- Fornecer todos os documentos necessários para a investigação que são de sua responsabilidade (ficha de EPI, treinamentos, entre outros);
- Assegurar que as ações propostas e aprovadas sejam concluídas dentro do prazo definido e aprovado.

5.3. Profissional de Segurança do Trabalho

- Dar suporte técnico ao GIAA;
- Garantir a verificação se o problema havia sido identificado na planilha de perigos e riscos e se as medidas de controle estavam implementadas;
- Garantir o uso correto da ferramenta de investigação.


5.4. Diretor Presidente

- Definir a composição do Comitê para investigação de acidentes fatais.

5.5. Membro da CIPA

- Compôr o GIAA.

N.Documento:	Categoria:	Versão:	Aprovado por:	Data Publicação:	Página:
2709	Instrução	1.17	Marcos Vítor Lopes	31/10/2022	3 de 13

	Tipo de Documento:	Procedimento
	Área de Aplicação:	Segurança e Saúde do Trabalho
	Título do Documento:	Metodologia de Investigação e Análise de Acidentes e Incidentes

5.6. Universidade CPFL

- Disponibilizar um colaborador da área para compor o GIAA quando solicitado;
- Dar suporte na verificação dos treinamentos realizados pelo acidentado;
- Avaliar a qualidade e eficácia dos treinamentos ministrados;
- Avaliar necessidade de reformulação no processo e conteúdo de treinamentos.

5.7. Engenharia

- Disponibilizar um colaborador da área para compor o GIAA quando solicitado;
- Dar suporte na verificação dos procedimentos operacionais;
- Avaliar a qualidade e conteúdo dos procedimentos operacionais;
- Avaliar necessidade de revisão nos procedimentos operacionais.

5.8. Testemunha

- Dar depoimento com o maior detalhe possível.
- Assinar o depoimento.

6. REGRAS BÁSICAS

6.1. Investigação e Análise da Ocorrência

Toda ocorrência deve ser avaliada pelo Profissional de Segurança do Trabalho - PST que atende a área onde ocorreu o evento.

A investigação das ocorrências classificadas como “Leve” poderá ser realizada somente pelo PST ou ainda pelo GIAA sob orientação do PST que atende a área.


Toda ocorrência caracterizada como acidente ambiental deve ser comunicado, de imediato, a Gerência de Meio Ambiente ISMA e ISMO. As ações para contingência devem seguir conforme o Normativo 12672 – Emergências Ambientais.

6.1.1. Prazo para conclusão da investigação e a metodologia recomendada

Classificação	Tipo	Metodologia de Investigação	Prazo para conclusão ¹
Acidente Pessoal	Leve ou Moderado	3W2H	10 dias úteis
	Grave, Gravíssimo ou Fatal	Árvore das Causas	30 dias úteis
	População	Formulário próprio (Anexo 01)	30 dias úteis
Acidente Não pessoal (Material)	Veículos	3W2H	15 dias úteis ²
Incidente	Alto Potencial	Árvore das Causas	30 dias úteis

* Notas:

N.Documento:	Categoria:	Versão:	Aprovado por:	Data Publicação:	Página:
2709	Instrução	1.17	Marcos Victor Lopes	31/10/2022	4 de 13

	Tipo de Documento:	Procedimento
	Área de Aplicação:	Segurança e Saúde do Trabalho
	Título do Documento:	Metodologia de Investigação e Análise de Acidentes e Incidentes

1. O prazo requerido para conclusão da investigação começa a contar a partir da comunicação da ocorrência ao profissional de segurança do trabalho.

2. Para acidentes com veículos, caso o Boletim de Ocorrência – BO não seja disponibilizado neste período, o evento deverá ser investigado e sua análise deverá ser concluída no máximo com 5 dias úteis após a data de recebimento do BO.

6.2. Investigação de Acidente Leve ou Moderado

Recomenda-se utilizar a metodologia da ferramenta 3W2H, para a análise deste evento e o Gerente da área deve convocar o GIAA para investigar e analisar. Após a identificação das causas imediatas, causas básicas e falta de controle, o grupo deve propor as medidas preventivas e/ou corretivas.

6.2.1. Metodologia de investigação – 3W2H

Por meio das perguntas a seguir, buscamos identificar as principais causas e propor as medidas corretivas e/ou preventivas.

- 01 - Qual o problema?
- 02 - O que causou o evento?
- 03 - O que o problema poderia ter provocado e não provocou?
- 04 - Qual(is) a(s) outra(s) consequência(s) que poderia(m) ter sido causado pelo evento?
- 05 - Onde se encontra o problema?
- 06 - Onde a causa poderia ter sido evidenciada?
- 07 - Quando a causa foi percebida pela primeira vez?
- 08 - Em que momento o problema poderia ter sido resolvido?
- 09 - Onde mais, a causa pode se manifestar?
- 10 - Qual a abrangência do problema?

6.3. Investigação Acidente Grave, Gravíssimo ou Fatal

Recomenda-se utilizar a metodologia de investigação denominada como Árvore de Causas para a análise deste evento e o Gerente da área deve convocar o GIAA para investigar e analisar. Após a identificação das causas imediatas, causas básicas e falta de controle, o grupo deve propor as medidas preventivas e/ou corretivas.

6.3.1. Metodologia de Investigação – Árvore das Causas

O método da árvore de causas aborda o acidente de trabalho como um fenômeno complexo, com diversas causas e que revela as variações e desvios ocorridos em uma organização, considerada como um sistema aberto.


Sua aplicação exige reconstrução detalhada e com a maior precisão possível da história do acidente, registrando-se apenas fatos, também denominados fatores de acidente, sem emissão de juízos de valor e sem interpretações, para, retrospectivamente, a partir da lesão sofrida pelo acidentado, identificar a rede de fatores que levaram ao acidente do trabalho.

O método utiliza o conceito de variação, entendida como mudança ocorrida em relação ao funcionamento habitual do sistema de trabalho, considerada indispensável à ocorrência do evento indesejado. Se bem aplicada, deve apontar todas as falhas que antecederam ao evento final (lesão ou não).

O método é constituído por quatro etapas:

1. Coletar dados (buscar informações)
2. Analisar os dados (entender o problema)
3. Analisar as causas (construir a Árvore de Causas)

N.Documento:	Categoria:	Versão:	Aprovado por:	Data Publicação:	Página:
2709	Instrução	1.17	Marcos Vítor Lopes	31/10/2022	5 de 13

	Tipo de Documento:	Procedimento
	Área de Aplicação:	Segurança e Saúde do Trabalho
	Título do Documento:	Metodologia de Investigação e Análise de Acidentes e Incidentes

4. Adotar Medidas de Controle (Plano de Ação)

6.3.2. Como coletar dados

A coleta de dados deve propiciar que sejam evidenciados os fatores que contribuíram para o desencadeamento do evento.

Registra-se todos os dados disponíveis, incluindo opiniões, observações, medições, fotografias, checklist, permissões de trabalho, horário de trabalho (analisar as violações de jornada e as horas extras realizadas), detalhes sobre as condições ambientais no momento do evento, dentre outros dados julgados relevantes.

Recomenda-se que o acidente seja investigado o mais rápido possível, entrevistando os acidentados e os demais envolvidos, assim como os detentores de informações acerca de fatos que, de forma direta ou indireta, possam ter contribuído para seu desencadeamento.

É essencial que haja o envolvimento dos vários níveis hierárquicos da empresa, valorizando a participação dos trabalhadores da base do sistema produtivo.

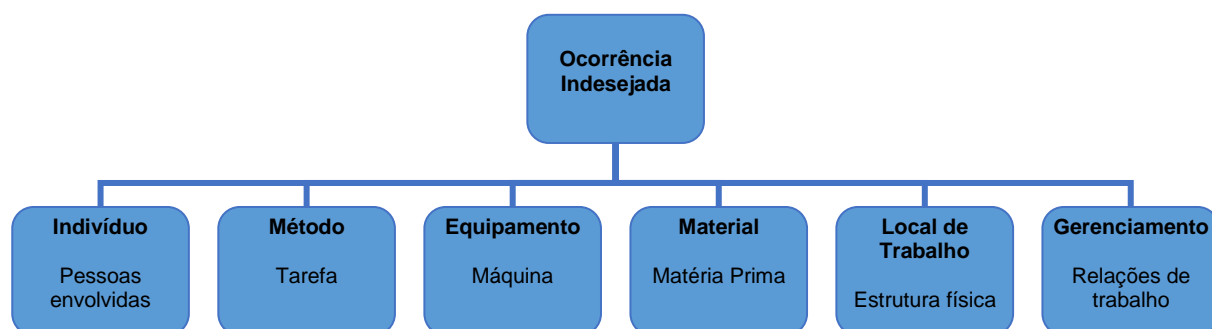
São eles que detêm conhecimentos fundamentais para a prevenção de qualquer tipo de acidente.

Um cuidado que deve ser observado é que a Investigação de Acidentes não tem como objetivo buscar culpados, mas sim chegar à causa raiz que leva ao acidente para então se tomar medidas de controle assertivas.

6.3.3. Como analisar os dados

Com os dados coletados na etapa anterior deve-se classificar cada fator que pode ter influenciado no acidente em seis diferentes elementos possíveis: indivíduo, tarefa, matéria prima, equipamento, local de trabalho e gerenciamento.


Indivíduos executam tarefas, com o auxílio de máquinas, fazendo uso de materiais, de acordo com determinados métodos, inseridos em determinadas condições ambientais e submetidos a um dado grau de gerenciamento.



Outra classificação que deve ser realizada é quanto a diferenciação de antecedente estado e antecedente variação de cada acontecimento.

Antecedentes-estado: são condições permanentes na situação de trabalho, tais como: ausência de proteção em uma máquina, ambiente continuamente quente e/ou barulhento, postura de trabalho penosa, entre outros. **Representado por um quadrado.**

N.Documento:	Categoria:	Versão:	Aprovado por:	Data Publicação:	Página:
2709	Instrução	1.17	Marcos Victor Lopes	31/10/2022	6 de 13

	Tipo de Documento:	Procedimento
	Área de Aplicação:	Segurança e Saúde do Trabalho
	Título do Documento:	Metodologia de Investigação e Análise de Acidentes e Incidentes

Antecedentes-variações: são condições não habituais que sobrevêm durante o desenvolvimento do trabalho, tais como: modificação de um processo, mudança de matéria-prima, troca de colaborador, entre outros. **Representado por um círculo.**

É importante ressaltar que o acidente só pode ser explicado se houver, pelo menos, um elemento da situação habitual que tenha sido modificado.

6.3.4. Como analisar as causas

Utilizando as informações analisadas na etapa anterior, inicia-se a construção do diagrama de árvore de causas fazendo as ligações dos fatores separados por elementos e seguindo a representação gráfica quanto ao tipo de antecedente (estado/variação).

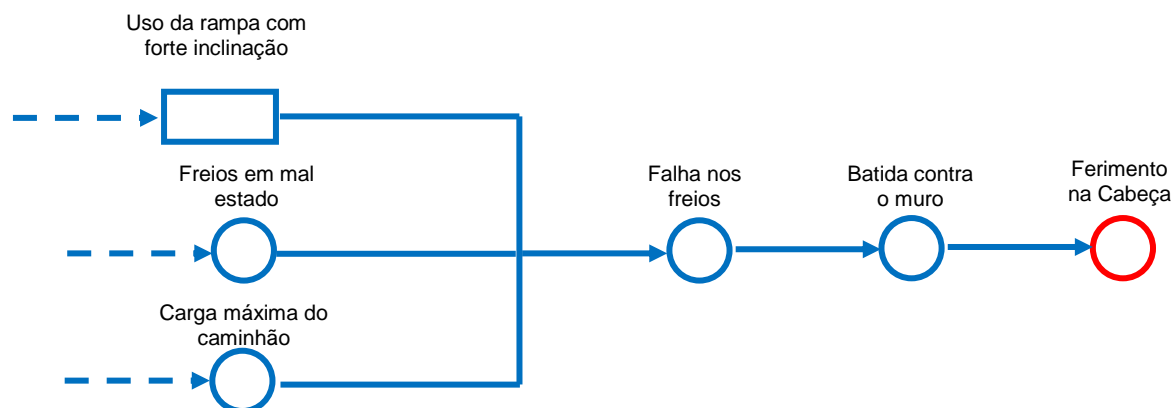
É importante observar a cronologia dos fatos para representar a sequência das ligações e respeitá-la, fazendo a pergunta: Qual fator contribuiu efetivamente ou aumentou a probabilidade de ocorrência do fato seguinte?

- Deve-se utilizar simbologias distintas para representar as ações


- ☐ Fato Normal e Rotineiro (antecedente permanente, rotineiro, habitual)
- ☐ Fato Anormal ou não previsto (antecedente ocasional, não habitual, variação)
- Ligação entre os fatos que efetivamente contribuíram para ocorrência

Para proporcionar a análise do diagrama acima, este deve ser construído envolvendo toda a equipe de investigação para realizar a separação dos fatos nos respectivos elementos, fazer a classificação quanto ao tipo de antecedente e assim chegar na identificação da causa raiz. Um dos fatores essenciais para uma boa identificação da causa raiz dos acidentes e incidentes do trabalho não é a capacidade de identificar os fatores imediatos, mas sim os subjacentes, latentes e contribuinte.

Segue um exemplo para esclarecer a metodologia.
Diagrama Completo: Acidente Ferimento na Cabeça
Metodologia: Árvore de Causa



N.Documento:	Categoria:	Versão:	Aprovado por:	Data Publicação:	Página:
2709	Instrução	1.17	Marcos Victor Lopes	31/10/2022	7 de 13

	Tipo de Documento:	Procedimento
	Área de Aplicação:	Segurança e Saúde do Trabalho
	Título do Documento:	Metodologia de Investigação e Análise de Acidentes e Incidentes

6.3.5. Como adotar medidas de controle

O Planejamento das ações exige um bom conhecimento de seu executor, permitindo que ele não somente organize o plano com mais eficiência como também identifique eventuais problemas que possam prejudicar o andamento das atividades.

Esse conhecimento permite definir adequadamente os prazos e custos necessários para executar as ações que levem à concretização dos objetivos.

Na elaboração do plano de ação, siga os seguintes passos:

- Identifique o problema e possíveis riscos
- Estude as situações envolvidas, conhecendo todas as suas características
- Defina ações, objetivos e metas

Deve-se propor ações, analisar os diferentes pontos de vistas, suas consequências, impactos na operação e a efetividade da implantação da ação proposta no dia a dia.

Determine um caminho a ser percorrido e qual será o prazo para chegar nos resultados, e defina o responsável por cada ação.

6.4. Metodologia de Investigação – Análise de Falha Humana

Se durante a investigação da ocorrência for detectada a falha humana com uma das causas imediatas, deverá ser utilizada a metodologia de Falha Humana para atribuir qual tipo de falha ocorreu e assim definir um plano de ação para mitigar a recorrência dessa falha.

Para aplicação da metodologia, utilizar [Anexo 03](#).

6.5. Busca das Prevenções

De acordo com os critérios citados anteriormente, procure a(s) prevenção(s) capaz(es) de eliminar cada fato que deu origem a uma sequência de fatos não desejados.

É um momento em que cada um dos participantes, devem unir experiência, técnica, bom senso e criatividade para que alcance o maior número possível de prevenções.

6.6. Escolha das prevenções


Dentre as sugestões propostas, deve-se priorizar aquela(s) que eliminam a(s) causa(s) da ocorrência e que apresentam maior viabilidade de implantação para o gerente responsável.

As sugestões devem ser analisadas prioritariamente pelo GIAA considerando o seguinte critério (Anexo 02)

- **Conformidade com a Legislação:** A sugestão não deve confrontar com a legislação
- **Substituição do Risco:** A sugestão não deve eliminar um risco e criar outro que comprometa a integridade dos empregados
- **Custo/Impacto:** Deve ser considerando o aspecto custo/benefício
- **Prazo:** A implantação e/ou execução da prevenção deve ocorrer no menor espaço de tempo possível
- **Carga de Trabalho:** A prevenção a ser adotada deve interferir o mínimo possível na carga de trabalho - ergonomia
- **Generalização:** Privilegiar a proposta que seja possível de implantação em outras áreas que desenvolvem atividades/problemas semelhantes
- **Estabilidade:** Privilegiar a proposta que mantenha sua eficiência e/ou eficácia, após sua implantação

Depois de executadas todas as etapas acima, o processo deve ser finalizado pelo profissional de segurança do trabalho.

N.Documento:	Categoria:	Versão:	Aprovado por:	Data Publicação:	Página:
2709	Instrução	1.17	Marcos Víctor Lopes	31/10/2022	8 de 13

	Tipo de Documento:	Procedimento
	Área de Aplicação:	Segurança e Saúde do Trabalho
	Título do Documento:	Metodologia de Investigação e Análise de Acidentes e Incidentes

Notas:

1. As prevenções que resultam na melhoria de materiais, equipamentos e/ou ambiente, tendem à maior estabilidade e menor generalização.
2. As prevenções relacionadas ao comportamento das pessoas, tendem à maior generalização e menor estabilidade.

6.7. Aprovação / Conclusão do Processo**6.7.1. Aprovação do Gestor**

Esta etapa considera a concordância do Gerente da área onde ocorreu o evento frente à análise executada, conclusões estabelecidas e sugestões propostas.

O prazo é de **30 dias corridos** a serem contados a partir da data de ocorrência do evento.

6.7.2. Aprovação do Profissional de Segurança do Trabalho - PST

Esta etapa vem após a aprovação do gestor e considera a conclusão ou a concordância do PST que atende a área onde ocorreu o evento frente à análise executada, conclusões estabelecidas e sugestões propostas.

O prazo é de **30 dias corridos** a serem contados a partir da data de ocorrência do evento.

6.8. Sugestões Propostas (Ações corretivas ou preventivas)

As ações propostas e aprovadas pelo gestor do processo devem ser executadas por um ou mais responsáveis designados pelo gerente.

Estas ações devem ser acompanhadas e/ou gerenciadas até a sua conclusão.

6.8.1. Prazo para Conclusão da Etapa

Devem ser consideradas as prioridades estabelecidas e os prazos definidos pela gerência que aprovou o relatório e pelo responsável pela execução das ações.

Recomendamos que as ações sejam implantadas de acordo com o potencial de gravidade e a eficácia da medida proposta.

A determinação da abrangência e disseminação das medidas preventivas é de responsabilidade de cada gerência.

6.9. Relatório

Todo evento depois de inserido no sistema será analisado, no mínimo, pelo profissional de segurança do trabalho e o relatório técnico permanecerá registrado no próprio sistema.


A árvore de causas montada na análise do evento deverá permanecer aos cuidados do GIAA até o final do processo (aprovação gerencial) e será disponibilizada aos interessados envolvidos no processo.

Casos em que haja a necessidade de formação do GIAA, onde se torna necessário à emissão do relatório em papel, este deverá ser impresso no próprio relatório padrão do sistema e devidamente assinado pelos envolvidos e/ou responsáveis.

Nota:

Para a CPFL Renováveis, o relatório deverá ser armazenado em diretório de rede [\\versa.local\Areas\\$\Gerencia_Saude_Seguranca](\\versa.local\Areas$\Gerencia_Saude_Seguranca).

N.Documento:	Categoria:	Versão:	Aprovado por:	Data Publicação:	Página:
2709	Instrução	1.17	Marcos Victor Lopes	31/10/2022	9 de 13

	Tipo de Documento:	Procedimento
	Área de Aplicação:	Segurança e Saúde do Trabalho
	Título do Documento:	Metodologia de Investigação e Análise de Acidentes e Incidentes

7.CONTROLE DE REGISTROS

Identificação	Armazenamento e Preservação*	Proteção (acesso)	Recuperação e uso	Retenção	Disposição
Formulário de investigação impresso	Localidade do acidente	Restrição de acesso	Por colaborador	25 anos	Arquivo inativo
Formulário de investigação eletrônico	Sistema Diretório de rede	Restrição de acesso	Por número	25 anos	Arquivo inativo

* **Nota:** Armazenamento em diretório de rede aplicável somente a CPFL Renováveis por não ter acesso ao sistema. Caso sejam dois ou mais acidentados, uma cópia do formulário de investigação deverá ser armazenada em cada um dos prontuários.

8.ANEXOS


Anexo 01 – Formulário para Ocorrências Graves ou Fatais com Contratadas e População (clique [aqui](#))

Anexo 02 – Modelo para Análise de Eficácia e Escolha da Prevenção

Anexo 03 – Análise de Falha Humana (clique [aqui](#))

Anexo 04 – Modelo de Relatório de Ocorrência (clique [aqui](#))


N.Documento:	Categoria:	Versão:	Aprovado por:	Data Publicação:	Página:
2709	Instrução	1.17	Marcos Victor Lopes	31/10/2022	10 de 13

	Tipo de Documento:	Procedimento
	Área de Aplicação:	Segurança e Saúde do Trabalho
	Título do Documento:	Metodologia de Investigação e Análise de Acidentes e Incidentes

ANEXO 02 – MODELO PARA ANÁLISE DE EFICÁCIA E ESCOLHA DA PREVENÇÃO

Sugestões	Conformidade com a legislação (Sim / Não)	Substituição do Risco (Favorável / Desfavorável)	Custo (Baixo / Compatível / Alto)	Prazo (Menor que um mês / maior que um mês / igual ou superior a um ano)	Carga de trabalho (Favorável / Semelhante / Desfavorável)	Generalização (Local / Região / Empresa)	Estabilidade (Solução definitiva / Manutenção periódica / Deve ser praticada por pessoas)
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
Nota 1. Caso a resposta seja “Não” na coluna “Conformidade com a legislação”, a sugestão correspondente deve ser eliminada 2. Caso a resposta seja “Desfavorável” na coluna “Substituição do risco”, a sugestão correspondente deve ser eliminada 3. Devem ser priorizadas as sugestões que apresentarem: ➢ Custo = Baixo ➢ Prazo = Menor que um mês ➢ Carga de trabalho = Favorável ➢ Generalização = Empresa ➢ Estabilidade = Solução definitiva							

N.Documento:	Categoria:	Versão:	Aprovado por:	Data Publicação:	Página:
2709	Instrução	1.17	Marcos Vítor Lopes	31/10/2022	11 de 13

	Tipo de Documento:	Procedimento
	Área de Aplicação:	Segurança e Saúde do Trabalho
	Título do Documento:	Metodologia de Investigação e Análise de Acidentes e Incidentes

9. REGISTRO DE ALTERAÇÕES

9.1. Colaboradores


Empresa	Área	Nome
CPFL Paulista	PGS	Danilo Marco Yamada
CPFL Paulista	PGS	Natalia Castro Amorim de Paiva
CPFL Paulista	PGS	Marcelo Henrique de Biazzi

9.2. Alterações

Descrever de forma detalhada as alterações/exclusões realizadas no documento.

Versão Anterior	Data da Versão Anterior	Alterações em relação à Versão Anterior
Não aplicável	Não aplicável	Documento em versão inicial.
1.4	29/12/2017	Reformulado todo procedimento de metodologia e investigação de acidentes/incidentes.
1.5	17/04/2019	Formatação geral conforme novo normativo 0. Revisão geral com unificação da CPFL Renováveis
1.15	20/11/2020	<p>Exclusão das definições 3.1. Sistema da Gerência de Saúde e Segurança do Trabalho, 3.2 Incidentes, 3.3 Acidentes e subitens pois estas definições fazem parte do escopo do normativo 454 que já é referenciado neste normativo.</p> <p>Exclusão das definições 3.6.1 Análise, 3.8 Segurança do Trabalho e Saúde Ocupacional e subitens, 3.16 Responsabilidades.</p> <p>Inclusão da definição 3.3 - Incidente de Alto Potencial e reordenação dos demais itens.</p> <p>Alteração do item 5. Responsabilidades, deixando os papéis e responsabilidades de cada cargo mais claros.</p> <p>Exclusão dos itens 6.1 Comunicação de Eventos, 6.2 Classificação de gravidade dos acidentes pessoais e o potencial, pois são conceitos que estão agora no normativo 454.</p> <p>Alteração do texto do item 6.3.2 explicando como avaliar o horário de trabalho durante investigação</p> <p>Exclusão dos itens 6.11 Concepção do sistema, 6.12 Atributos do sistema, 6.13 Acesso aos Registros no Sistema, 6.15 Arquivo, 6.16 Informação geral, pois estes itens explicam como funcionam o SPAP e não tem relação com o normativo.</p> <p>Inclusão do item 6.4 Metodologia de Investigação – Análise</p>

N.Documento:	Categoria:	Versão:	Aprovado por:	Data Publicação:	Página:
2709	Instrução	1.17	Marcos Victor Lopes	31/10/2022	12 de 13

	Tipo de Documento:	Procedimento
	Área de Aplicação:	Segurança e Saúde do Trabalho
	Título do Documento:	Metodologia de Investigação e Análise de Acidentes e Incidentes

		de Falha Humana Reordenação dos itens da seção 6 Alteração do item 7 Controle de Registros Exclusão do Anexo 01 – exemplo de árvore de causa e anexo 02 – Matriz de Severidade. Inclusão de 3 novos anexos: Anexo 01 - Formulário para investigação de acidente fatal com população, Anexo 03 – Análise de Falha Humana e Anexo 04 – Modelo de Relatório de Ocorrência.
1.16	30/06/2022	Inclusão na responsabilidade do GIAA de conferir e analisar o histórico de horas extras do acidentado (item 5.1).

N.Documento:	Categoria:	Versão:	Aprovado por:	Data Publicação:	Página:
2709	Instrução	1.17	Marcos Victor Lopes	31/10/2022	13 de 13