

VOCÊ SABE O QUE FAZER EM CASO DE ACIDENTE DO TRABALHO???

1° PASSO: Após o ocorrido, comunique imediatamente sua chefia imediata, que irá preencher o 1° campo da BIO (Boletim Interno de Ocorrência – disponível com a Chefia Imediata e/ou na Intranet);

2° PASSO: Com a BIO devidamente preenchida (1° campo), encaminhe-se ao Pronto Atendimento, para atendimento Médico, onde será preenchido pelo Médico Plantonista o 2° campo da BIO;

3° PASSO: Com a BIO devidamente preenchida (1° e 2° campo), compareça à Segurança do Trabalho para investigação do acidente e posterior agendamento de consulta na Medicina do Trabalho.

ATENÇÃO: O **SESMT** deve tomar conhecimento da ocorrência logo após o atendimento médico do Pronto Atendimento. Aos finais de semana e feriado, comunicar no 1° dia útil.

Nota:

*** Em caso de **ACIDENTE BIOLÓGICO** realizar o 1° passo e comparecer ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), após atendimento com o formulário SINAN preenchido, encaminhar a Medicina do Trabalho para realizar o 2° passo.

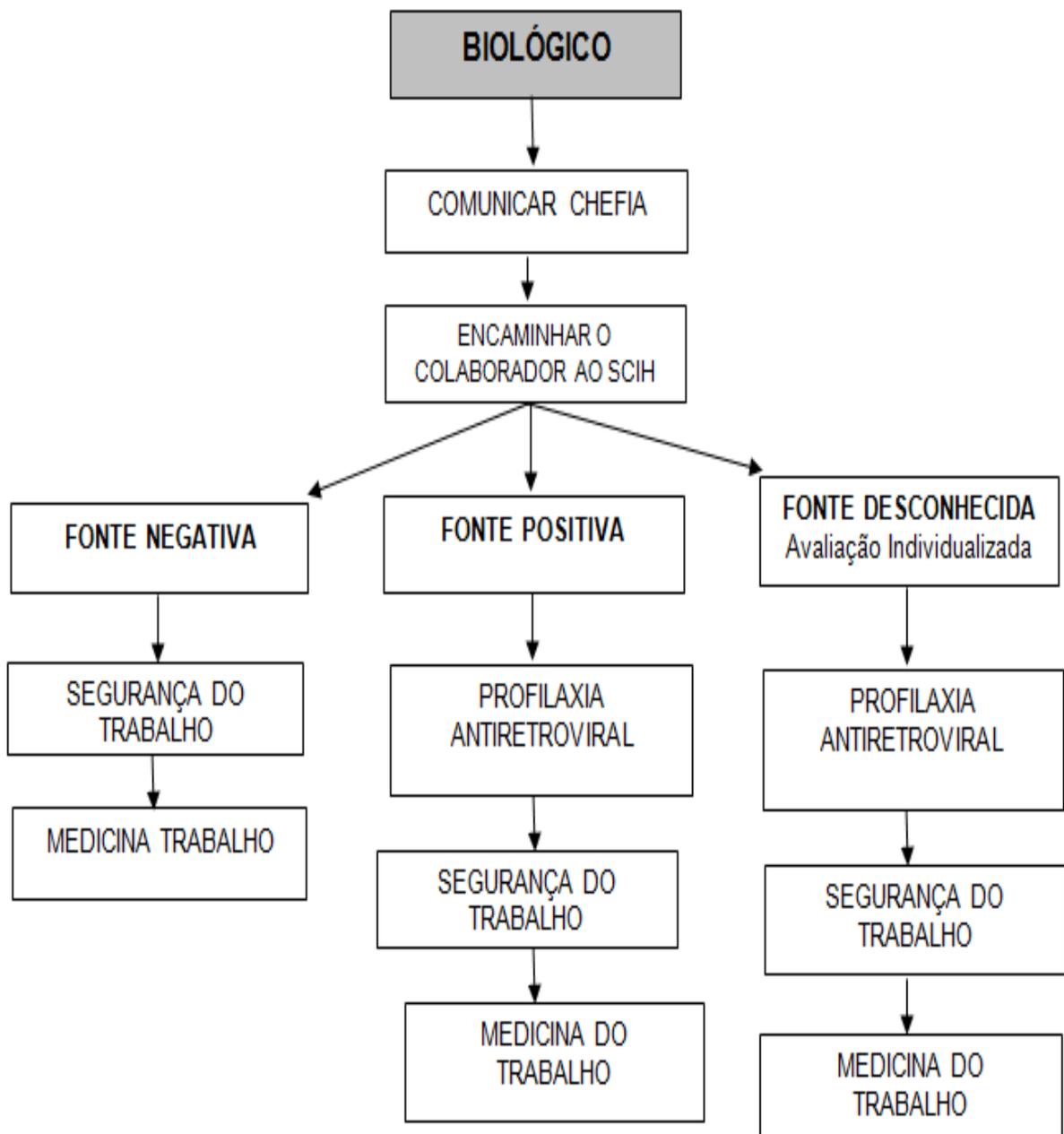
*** Em caso de **ACIDENTE DE TRAJETO** realizar o 1° e 2° passo, providenciar Boletim de Ocorrência – BO (colaborador ou em caso de impossibilidade, o familiar) e seguir fluxo conforme o 3° passo



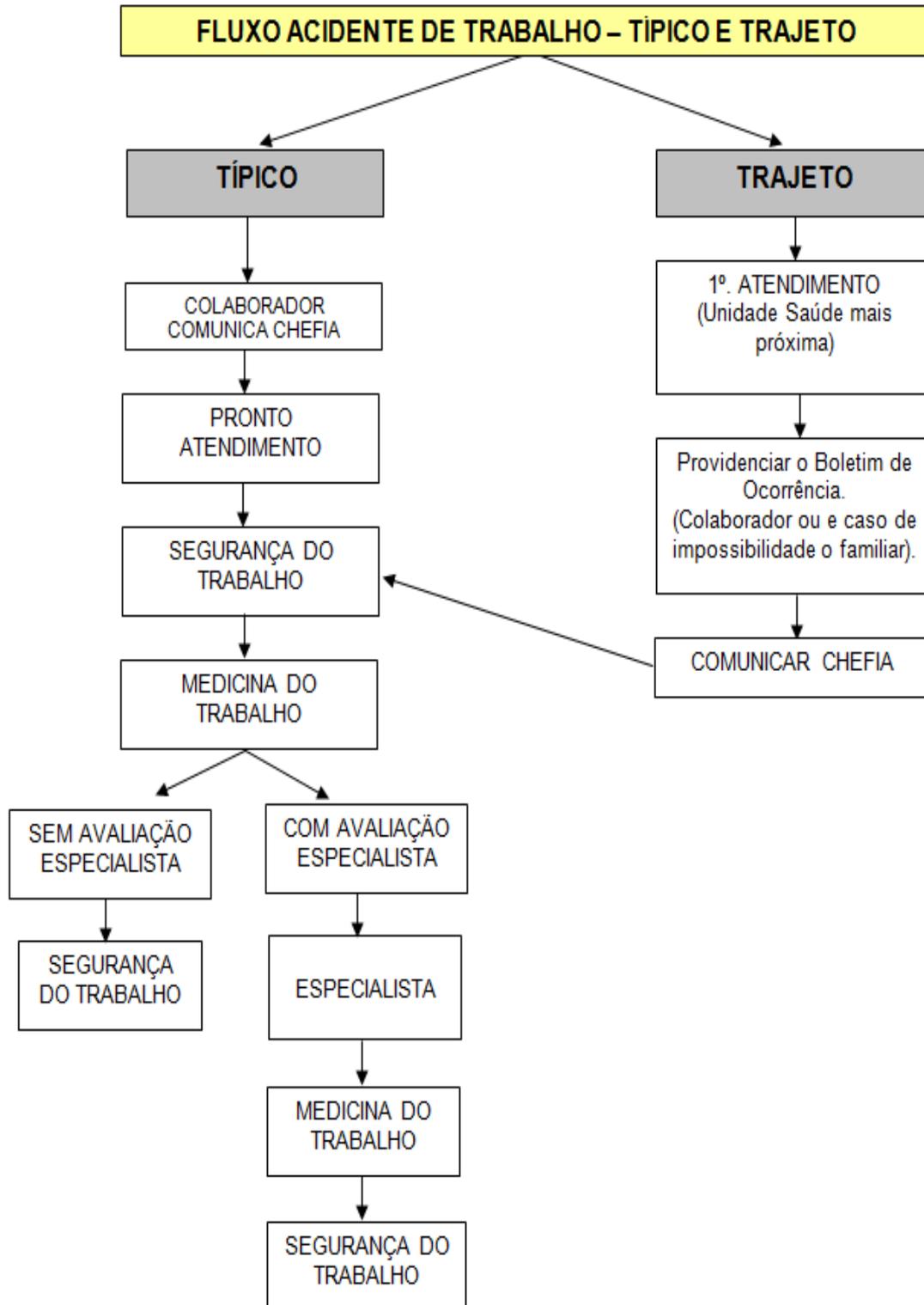
**Prevenir acidente.
É um dever de todos!**

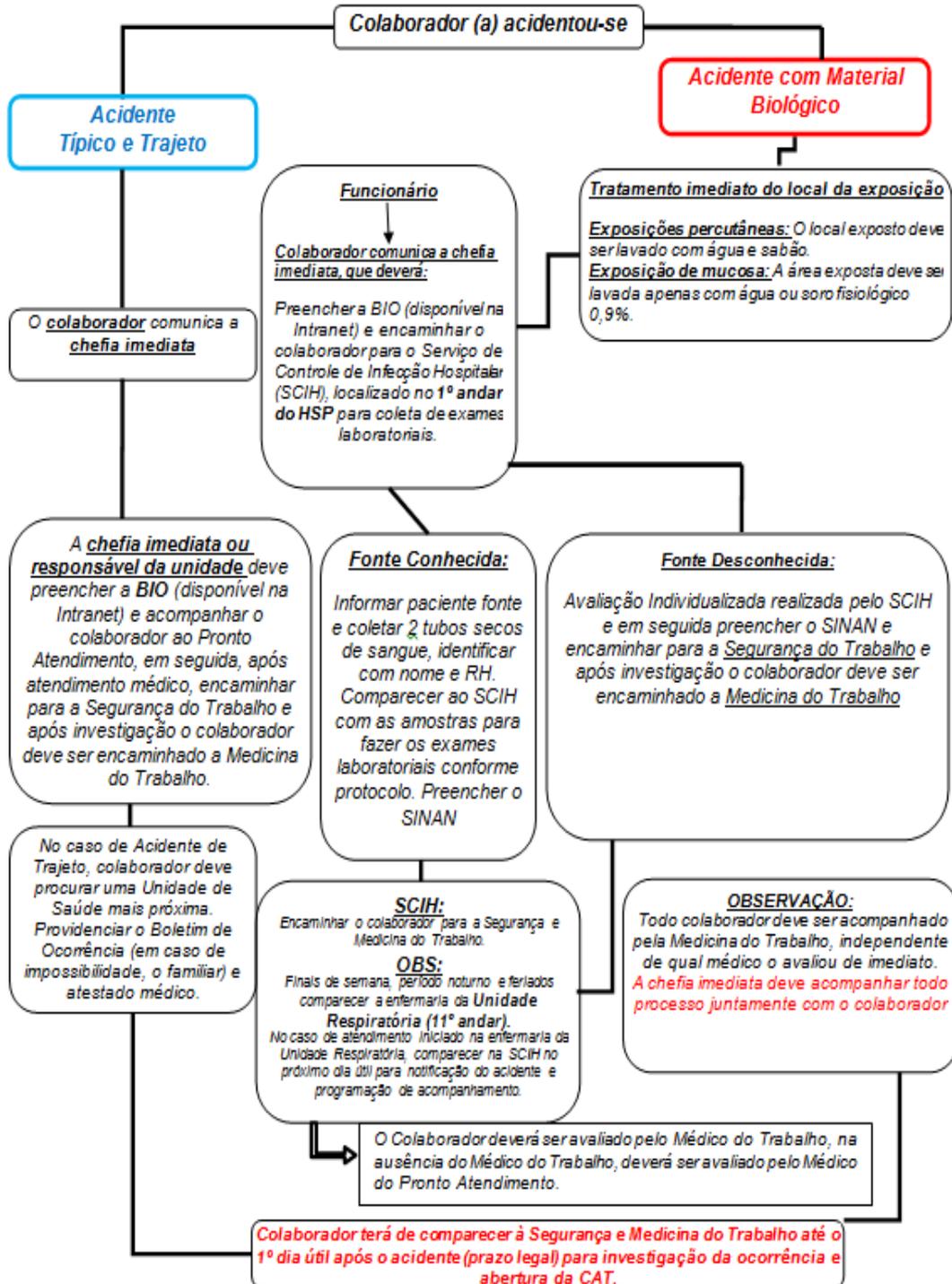


FLUXOGRAMA DE ACIDENTE DO TRABALHO - BIOLÓGICO



SPDM-Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina





Em caso de dúvidas entre em contato com:
 Serviço de Controle de Infecção Hospitalar –
 Voip - 2165
 Segurança do Trabalho – Voip - 2066
 Medicina do Trabalho - Voip - 17301





		BOLETIM INTERNO DE OCORRÊNCIA – BIO			
<input type="checkbox"/> SPDM			<input type="checkbox"/> TERCEIRO		
Instituição:			Nome da Empresa Contratada:		
ANÁLISE DA OCORRÊNCIA (PREENCHIDO PELA CHEFIA IMEDIATA)					
Aberta por (dados da chefia imediata):					
Matrícula:		Setor:		Data:	
DADOS DO COLABORADOR ENVOLVIDO NA OCORRÊNCIA (PREENCHIDO PELA CHEFIA IMEDIATA)					
Matrícula:		Nome completo:			Data da ocorrência:
Função:		Setor:		Hora da ocorrência:	
DESCRIÇÃO DETALHADA DA OCORRÊNCIA (PREENCHIDO PELA CHEFIA IMEDIATA)					
Local da ocorrência:					
Houve testemunha? Sim () Não ()		Nome:		Função:	
A ocorrência foi com material Biológico? Sim () Não ()				Fonte conhecida? () SIM () NÃO	
Nome do Paciente Fonte:		Nome da mãe:		RG:	
Assinatura do colaborador:			Assinatura da Chefia Imediata:		
AValiação DO MÉDICO DO TRABALHO					
		Parte do corpo atingida (por extenso)			
		Diagnóstico da lesão:			
		CID:			
		Tratamento proposto:			
Afastamento () SIM () NÃO		Nº de dias de Afastamento:			
Último dia trabalhado:		Abrir CAT? Sim () Não () Reabertura de CAT? () Biológico () Doença ()			
Data:		Hora:		Assinatura e carimbo com CRM do Médico do Trabalho:	
Observação:					

GRUPO 1 - CHEFIA IMEDIATA

GRUPO 2 - MEDICINA DO TRABALHO



ANÁLISE DA OCORRÊNCIA (PREENCHIDO PELA ENGENHARIA DE SEGURANÇA DO TRABALHO)				
sexo: () masculino () Feminino		Idade:	Tempo na função:	Escolaridade:
Dia da Semana:		Horas trabalhadas antes do acidente:	Horário de trabalho:	Data última folga:
Tem outro emprego: Sim () Não ()	Agente ou fonte da lesão:		Hora do atendimento médico (PA):	(PB):
Descrição da ocorrência:				
Usava EPIs? () Sim () Não N.A () Quais?				
Perfurocortante com dispositivo de segurança? Sim () Não () N.A () Qual ?				Data investigação:
Causa(s) apurada(s):				Hora:
Ação a ser tomada:				Assinatura e carimbo TST:
			Responsável pela ação:	Cipeiro:
OCORRÊNCIA NO TRAJETO (PREENCHIDO PELA ENGENHARIA DE SEGURANÇA DO TRABALHO)				
Endereço do acidentado:				
Meio de locomoção utilizado:				
Local da ocorrência:				
O fato ocorreu no percurso:			A Autoridade Policial tomou ciência da ocorrência. B.O. anexo? Sim () Não ()	
() da residência para o trabalho			Atestado/ ficha de atendimento anexo? Sim () Não ()	
() do trabalho para residência			Comprovante de endereço anexo? Sim () Não ()	
() na ida para o local de refeição no intervalo			Espelho de ponto anexo? Sim () Não ()	
() na volta do local de refeição no intervalo			Outros documentos anexos:	
Houve alteração ou mudança do trajeto? Sim () Não ()				
Emitir CAT: Sim () Não () CARACTERIZAÇÃO SEGURANÇA DO TRABALHO: ACIDENTE TÍPICO () ACIDENTE DE TRAJETO ()				
() Não caracterizado - MOTIVO:				
DADOS PARA ABERTURA DE CAT				
Nome da mãe:				
Endereço:				
Bairro:		Cidade:	CEP:	
Salário:	TEL:	Data nascimento:	Estado Civil:	PIS:
CPF:	CTPS:	Data de Emissão CTPS:	Série CTPS:	CBO: