**RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE DE ACIDENTE DO TRABALHO COM EMPREGADO CONTRATADO**

EMPRESA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nº CONTRATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1-IDENTIFICAÇÃO DOS COMPONENTES DA COMISSÃO:**

NOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EMPRESA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CARGO OU FUNÇÃO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2-IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTADO**

NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ESTADO CIVIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ENDEREÇO COMPLETO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_IDADE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nº DE DEPENDENTES:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FUNÇÃO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TEMPO NA FUNÇÃO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_TEMPO NA EMPRESA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TREINAMENTO (S) RECEBIDO (S): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LESÃO(ES) SOFRIDA (S):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TEMPO PREVISTO DE AFASTAMENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3-IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE**

DATA: \_\_\_\_\_\_DIA DA SEMANA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_HORA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_LOCAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TAREFA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ÓRGÃO GESTOR–CONTRATANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIPO DE ACIDENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DESCRIÇÃO DETALHADA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COMPONENTES DA EQUIPE:

NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_IDADE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FUNÇÃO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TEMPO NA FUNÇÃO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TEMPO NA EMPRESA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TREINAMENTOS RECEBIDOS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4-CAUSAS APURADAS**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5-DEMAIS CONSEQUÊNCIAS**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6-CONCLUSÕES**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7-MEDIDAS PROPOSTAS**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8-PLANO DE AÇÃO COM PRAZOS E RESPONSÁVEIS**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA:

ASSINATURAS DE TODOS OS COMPONENTES DA COMISSÃO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME:

**RELATÓRIO MENSAL DE ACIDENTES DO TRABALHO E HORAS TRABALHADAS**

EMPRESA CONTRATADA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CÓDIGO FORNECEDOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nº CONTRATO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REFERÊNCIA (MÊS/ANO): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº DE EMPREGADOS ALOCADOS NESTE CONTRATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TOTAL DE HORAS TRABALHADAS NO MÊS: \_\_\_\_\_\_\_SENDO: NORMAIS: \_\_\_\_\_\_

EXTRAS: \_\_\_\_\_\_\_

ASSINALAR NO QUADRADO **SE NÃO HOUVE ACIDENTES NO MÊS**:

PREENCHER O RELATÓRIO ABAIXO NO CASO DE ACIDENTES INDEPENDENTE DE SUA GRAVIDADE.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATA | LOCAL | NOME (S) DO(S) ACIDENTADO(S) | LESÃO(ES) | CONSTITUIU COMISSÃO | |
| SIM | NÃO |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

DATA:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA

**COMUNICAÇÃO DE INCIDENTE DE SAÚDE E SEGURANÇA – CIS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Comunicação de Incidente de** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Saúde e Segurança - CIS** | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | |
| **Nº SMART:** | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | |
| **Dados Acidente** | **Data:** | **Hora:** | | | | **Prédio:** | | | | | **Unid. Organizacional:** | | | | | | | **Diretoria:** |
|  |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  |
| **Local:** | | | | | | | | | **Cidade:** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **Descrição Acidente:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Com Empregado/Empreiteira** | **Nº de Pessoal:** | | | | **Nome Empregado:** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Cód. Empreiteira:** | | | | **Nome Empreiteira:** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome Acidentado Empreiteira:** | | | | | | | | **Unid.Organizacional:** | | | | | | | | **Função:** | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| **Descrição da Lesão:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dias Perdidos: | | | | | | Dias Debitados: | | | | | | Custo: | | | | | |
| Tipo Acidente: | | | | | | Atividade: | | | | | | Tipo Atividade: | | | | | |
| Natureza: | | | | | | Conseqüência Lesão: | | | | | | Função GRIDIS: | | | | | |
| Espécie Acid. Impessoal – 10: | | | | | | Tipo Acid. Pessoal – 20: | | | | | | Agente Acidente – 30: | | | | | |
| Fonte Lesão – 35: | | | | | | Fator Pessoal Inseg. – 40: | | | | | | Ato Inseguro – 50: | | | | | |
| Cond. Ambiental Inseg. – 60: | | | | | | Natureza Lesão – 70: | | | | | | Localização Lesão – 75: | | | | | |
| Prej. Material – 80: | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| **Com Veículos** | **Nº Pessoal Condutor:** | | | **Nome Empregado:** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nº Veículo:** | | | **Zona:** | | | | | **Natureza:** | | | | | | | | **Custo:** | |
|  | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | |
| **Cond. Credenciado:** | | | | | | | | **Ação Condutor:** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **Com Prest.** **Serviços** | **Nome:** | | | | | | | | **Idade:** | | | | | | | | **Unid. Organizacional:** | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| **Descrição Lesão:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Atividade:** | | | | | | **Natureza:** | | | | | | **Custo:** | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| **Com Estagiários** | **Nº Pessoal:** | | | | **Nome Estagiário:** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Descrição Lesão:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Atividade:** | | | | | | **Natureza:** | | | | | | **Custo:** | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| **Com Terceiros** | **Nome** | | | | | | | | **Sexo** | | | **Idade** | | | | | **Unid.Organizacional:** | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | |
| **Agente Causador** | | | | | | **Tipo Acidente** | | | | | | **Cond. Amb. Inseguro:** | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| **Atividade:** | | | | | | **Causa:** | | | | | | **Lesão:** | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| **Nível Tensão:** | | | | | | **Natureza:** | | | | | | **Custo:** | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| **Sem Vítimas** | **Unid.Organizacional:** | | | | | | **Área Ocorrência:** | | | | | | **Custo:** | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| **Material Danificado:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Preparado por:** | | | **Nº de Pessoal:** | | | | | **Aprovado por:** | | | | | | | | **Nº de Pessoal:** | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | |

**MODELO DE AUTORIZAÇÃO DE INÍCIO DE SERVIÇOS**

**CONTRATO Nº:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OBJETO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONTRATANTE:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONTRATADA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Em cumprimento ao disposto na cláusula “DO PRAZO DE VIGÊNCIA” do contrato acima referenciado, autorizamos o início dos serviços, conforme abaixo:

**DATA DE INÍCIO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ **DATA DE TÉRMINO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome do gestor**

**Nome do órgão**