

## FICHA 1

## Identificação do(a) trabalhador(a) e outras informações da DO

1. Nº da Declaração de Óbito (DO):		2. Data do óbito: ___/___/___	
3. Nome do (a) Falecido (a):			
4. Nome da mãe:			
5. Data de nascimento: ___/___/___	6. Idade: _____ (anos completos)	Ignorado <input type="checkbox"/>	7. Sexo <input type="checkbox"/> M-Masc. <input type="checkbox"/> F-Fem. <input type="checkbox"/> I-Ignorado
		8. Raça/Cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela	
9. Escolaridade (última série concluída): <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1º a 4º Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5º a 8º Série) <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau)		<input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Ignorado	
		10. Ocupação Habitual: (No caso do falecido ser aposentado ou desempregado, preencher o campo com a ocupação habitual anterior) _____ Código CBO 2002: _____	
11. Endereço de residência do(a) falecido(a):		12. Bairro/Distrito:	CEP:
Município de residência:		UF:	
13. Local de ocorrência do óbito: <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> Domicílio		<input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Outros (especificar): _____ <input type="checkbox"/> Ignorado	
		14. Município de ocorrência do óbito:	
		15. UF:	
16. Endereço do local de ocorrência do óbito:		Número:	
17. CAUSAS DA MORTE (anote somente um diagnóstico por linha)			
Parte I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	a)	CID:	
	b)	CID:	
	c)	CID:	
	d)	CID:	
Parte II			
<b>CAUSA BÁSICA</b>	CID:		
18. PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DO ÓBITO			
18.1. Tipo <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorado	18.2. Acidente de Trabalho (registrada na DO) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		18.3. Descrição sumária do evento:

<b>FICHA 2</b>	
<b>INVESTIGAÇÃO DOMICILIAR</b>	
Data da busca dos dados (dd/mm/aaaa):	Investigador:
1. NOME DO(A) ENTREVISTADO(A):	
2. Qual a relação do entrevistado com o trabalhador(a): <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Cônjuge/companheiro(a) <input type="checkbox"/> Outro (especificar): _____	
3. Endereço do(a) entrevistado(a):	4. Município de residência do entrevistado(a):
5. Telefone para contato: (    )	
<b>6. HISTÓRICO OCUPACIONAL</b>	
6.1. No momento do acidente, o(a) falecido(a) estava: <input type="checkbox"/> Trabalhando <input type="checkbox"/> Indo ou voltando <input type="checkbox"/> Não se aplica	
6.2. Situação no mercado de trabalho:	
<input type="checkbox"/> Emprego registrado com carteira assinada <input type="checkbox"/> Emprego não registrado <input type="checkbox"/> Autônomo/Conta própria <input type="checkbox"/> Servidor público estatutário <input type="checkbox"/> Servidor publico celetista	<input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Trabalho temporário <input type="checkbox"/> Cooperativado
	<input type="checkbox"/> Trabalhador avulso <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Outro(especificar): _____ <input type="checkbox"/> Ignorado
6.3. Nome da Empresa ou Empregador:	6.4. CNPJ ou CPF (se houver):
6.5. Endereço da empresa:	6.6. Município da empresa:
6.7. Foi emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Não se aplica	6.8. O Empregador é empresa terceirizada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>7. CIRCUNSTÂNCIAS DO ÓBITO</b>	
7.1. Data do acidente: ___/___/___	7.2. Hora:
7.3. Você poderia me contar como, quando, onde e por que aconteceu o acidente/violência?	
7.4. Teve algum atendimento de saúde durante o agravo que levou a morte? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Sim Se <b>SIM</b> , qual (quais): <input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> Serviço móvel <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> UPA <input type="checkbox"/> SESMT	
7.5. Foi aberto Boletim de Ocorrência: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
Nota: Se SIM, preencher o item "E. OUTRAS FORMAS DE INVESTIGAÇÃO"	
<b>8. RELATO FAMILIAR:</b>	

## FICHA 3

## INVESTIGAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Data da busca dos dados (dd/mm/aaaa):

Investigador:

## INVESTIGAÇÃO NO SERVIÇO DE SAÚDE DE ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR (MÓVEL E/OU FIXO)

1. Tipo de Serviço:

SAMU     UPA     Serviço móvel privado     Outro (especificar): \_\_\_\_\_  
nome do serviço pré-hospitalar

2. Descrição da ocorrência (como o(a) encontrou, em que situação, com que vestimenta, o que foi feito, etc):

## INVESTIGAÇÃO NO SERVIÇO DE SAÚDE HOSPITALAR

1. Estabelecimento de Saúde onde ocorreu o atendimento:

2. Atendimento Pré-hospitalar/Relatório SAMU:

 Sim     Não

3. Foi identificado na ficha de atendimento/prontuário qual o tipo de acidente/violência que levou ao óbito?

 Sim     Não

Se sim, qual(is)?

- Acidente de trânsito  
 Envenenamento/Intoxicação  
 Queda  
 Queimadura  
 Afogamento  
 Homicídio  
 Suicídio  
 Outro (especificar): \_\_\_\_\_

4. Foi identificado na ficha de atendimento/prontuário se foi acidente de trabalho?

 Sim     Não     Ignorado

4.1. Se sim, qual o tipo de acidente de trabalho?

- Típico  
 Trajeto  
 Ignorado

5. Diagnóstico(s) médico, natureza e tipo(s) de lesão registrado(s) no prontuário:

6. Outras informações sobre o acidente/violência que constam no prontuário:

7. Fonte de coleta de dados:

- NHE     Comissão de Óbito     SAME/Prontuário     Ficha de observação/atendimento hospitalar  
 Outros(especificar):

## OUTRAS FORMAS DE INVESTIGAÇÃO

1. Município sede do IML:

2. Teve acesso ao Boletim de Ocorrência (BO):

 Sim     Não

Descreva:

3. Informações relevantes no histórico e classificação do acidente/violência no Boletim de Ocorrência e/ou no Guia Médico Legal do Departamento de Polícia Técnica de encaminhamento de cadáver:

**FICHA 4****FORMULÁRIO DE VIGILÂNCIA DE AMBIENTE E PROCESSO DE TRABALHO  
- INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS RELACIONADAS AO TRABALHO**

**OBSERVAÇÕES:** Antes da ida à empresa/local do acidente, deve ser verificado se há campos incompletos na DO e Sinan que devem ser solicitados/checados junto à empresa

**A. IDENTIFICAÇÃO DA INSPEÇÃO**

1. Data da Inspeção: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2. Dados da equipe (listar nome, CPF, instituição):

**B. IDENTIFICAÇÃO DO(A) TRABALHADOR(A) ACIDENTADO(A)**

3. Nº da Declaração de Óbito (DO):

4. Data do óbito: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

5. Nome do(a) trabalhador(a):

6. Nome da mãe:

7. Ocupação (CBO):

8. Data de admissão:

9. Tempo na função:

**C. IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA**

10. Natureza Jurídica - Assinale uma das opções: ( ) Pessoa Jurídica ( ) Pessoa Física

11. CNPJ/CPF:

12. Razão Social/Nome:

**D. LOCALIZAÇÃO DA EMPRESA**

13. CEP:

14. Endereço completo:

15. Bairro:

16. Município:

17. Telefone:

**E. CARACTERIZAÇÃO DA EMPRESA**

18. Número de funcionários:

19. Cnae:

20. Grau de risco:

21. Responsável(is) pelas informações (nome e cargo):

#### F. CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO HABITUAL

22. Descrição do Trabalho Habitual (Rotineiro - Sem Acidente)

*Descrever a sequencia de operações (passo a passo);*

*Identificar o que é preciso fazer (quem faz) antes de começar o trabalho e os aspectos não realizados que impede o início ou dificulta a realização do trabalho.*

23. Para o trabalhador, o trabalho era:

	Rotineiro ou habitual
	Conhecido, feito com freqüência.
	Conhecido, feito com freqüência, mas usando recursos ou meios não habituais.
	Novo, feito pela primeira vez.
	Raro ou infreqüente

24. Descrição do local do acidente (incluir fotos, filmes, esquemas, croquis, etc)

(usar o verso)

25. Identificação de máquinas, equipamentos, ferramentas e materiais utilizados normalmente pelo trabalhador para a tarefa:

26. Identificação dos modos operatórios utilizados que representem posturas incômodas, trabalho sem apoios, dificuldades na visualização ou na realização do trabalho.

#### G. CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE

27. Data do acidente: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

28. Hora aproximada:

29. Descrição sucinta da seqüência de eventos do acidente

*Deve informar a ocupação do trabalhador, a tarefa que realizava e o que aconteceu, provocando que tipo de lesão*

30. Descrição do trabalho que estava sendo realizado no dia do acidente

*O que fazia? Quem fazia? Com o que fazia? Com ajuda de quem? Como? Quando?*

#### G. ASPECTOS DA ANÁLISE

31. Checagem da análise de mudanças:

<b>Componente</b>	<b>Registre se, na situação do acidente, houve alguma mudança nos componentes do sistema; quais as razões que explicam a origem das mudanças</b>
<b>Máquina</b>	
<b>Matéria prima</b>	
<b>Método</b>	
<b>Meio Ambiente e Ambiente de Trabalho</b>	
<b>Mão de obra</b>	

32. Observações:

33. Checagem da análise de barreiras:

<b>Barreiras</b>	<b>Registrar as barreiras existentes, se falharam, as razões das falhas</b>
Imateriais (Procedimentos, regras, leis, princípios)	
Simbólicas (sinalização)	
Físicas (obstruções, obstáculos)	
Funcionais (intertravamento, bloqueios)	
EPI	
Outras	

34. Há registro de acidente anterior com características assemelhadas? ( ) SIM ( ) NÃO

Caso sim, solicitar cópia de relatórios de análises, atas de reuniões em que foi discutido e medidas adotadas. Descrever abaixo principais semelhanças e diferenças observadas.

#### **H. CONCLUSÕES**

35. Medidas adotadas pela empresa após o acidente:



36. Síntese dos fatores participantes do acidente:

37. Enquadramento legal:

38. Condutas da vigilância em relação ao acidente:

## FICHA 5 CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO

1. Data do encerramento da investigação: ___/___/___		
2. Acidente de Trabalho: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Inconclusivo		3. Se <b>SIM</b> , qual o tipo de acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Típico <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Ignorado
4. Se inconclusivo, por que?		
5. Fontes consultadas: <input type="checkbox"/> Entrevista Domiciliar <input type="checkbox"/> Ficha de atendimento do Serviço de Assistência Pré-Hospitalar <input type="checkbox"/> Prontuário do Paciente <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência <input type="checkbox"/> Outros (especificar):		
<b>DADOS DA INSPEÇÃO SANITÁRIA</b>		
1. Realizada inspeção no ambiente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NSA		2. Se SIM, registrado no SIVISA? Nº Ficha de Procedimento:
3. QUAL(IS) CAMPO(S) DEVE(M) SER RETIFICADO(S)		
Nº Campo:	D.O. ORIGINAL	APÓS A INVESTIGAÇÃO:
Nº Campo:	D.O. ORIGINAL	APÓS A INVESTIGAÇÃO:
Nº Campo:	D.O. ORIGINAL	APÓS A INVESTIGAÇÃO:
Nº Campo:	D.O. ORIGINAL	APÓS A INVESTIGAÇÃO:
Causa Básica do Óbito	D.O. ORIGINAL	APÓS A INVESTIGAÇÃO:
4. Descrição e Conclusão – Encaminhamentos realizados		
<b>DADOS DO(S) TÉCNICO(S) RESPONSÁVEL(IS) PELA INVESTIGAÇÃO</b>		
1. Instituição/Setor:		
2. Nome do(s) técnico(s) responsável(is):		
3. Data de preenchimento: ___/___/___		