

Projeto Piloto SIM

Dados Piracicaba
Cerest Piracicaba - SRCD

Análise preliminar dados SIM recebidos - 11/04/2024

- Fazer corte maiores de 65 anos (de 65 - tem 24 descartados inicialmente)
- Sobrou 41 para análise
- Verificar se tem menor de 18 anos primeiro (1 de 17 anos era assaltante morto pela PM)
- Analisar os campos de acidentes de trabalho se estão vazios pq são homicídios, suicídios (não fiz ainda) - 30 vazios, 6 ignorados, 26 não e 3 sim
- Após verificar os marcados ats SIM 1 e já separar
- Do restante buscar obituário e possíveis rumores
- Verificar se já foi investigado

Sugestão para ficha 1

estratégia de como priorizar, alguns, acredito q os ignorados primeiro

to na dúvida ESC10: é escolaridade q está na ficha 1 (fundamental etc...)?

o ESC que eles usam na DO é de 3a 7 anos etc.. de escolaridade

Estou preenchendo a ficha 1 e fiquei na dúvida do que por na escolaridade... rs.. rs... tem um outro que é SERIESCFAL

ESC2010	Escol series	ESCserie.CNV	Caracter	1	Escolaridade 2010. Valores: 0 – Sem escolaridade; 1 – Fundamental I (1ª a 4ª série); 2 – Fundamental II (5ª a 8ª série); 3 – Médio (antigo 2º Grau); 4 – Superior incompleto; 5 – Superior completo; 9 – Ignorado.
SERIESCFAL	-----	-----	Caracter	1	Série escolar do falecido. Valores de 1 a 8.

Pq a planilha é código (então talvez na ficha 1, fosse interessante colocar o código na frente) e enviar Dicionário de dados (variáveis)

Outra sugestão é q o pdf da ficha 1 fosse editável os campos em branco para copiar ou digitar, pois imprimir e estou fazendo a mão na ficha 1 tem um erro de português no 9. Escolaridade na opção SUPERIRO COMPLETO (seria SUPERIOR COMPLETO)

Sugestão para ficha 1 cont.

Colocar a linha de *Causa Básica - SCB* na ficha 1 para auxiliar uma visualização mais rápida para a pessoa que está vendo (assim como aparece na DO depois de digitada no sistema)

Todas as fichas precisa que tenham data e nome de quem executou, pois podem ser profissionais diferentes, em diferentes datas.

Início das investigações

- Separei ignorados (6) e sim (3), preenchi ficha 1 a mão, busquei obituário (ver família) e notícias na mídia que podiam ser referentes ao óbito, imprimi e anexei a ficha 1.
- Conversei em 15/04/2024 com Jaqueline Banco de Dados Ve e verificamos no SIM se colocar 1Acidentes, ele pode gravar em branco o Acidente de trabalho, então voltei a planilha e levantei mais um caso para investigacao, incluir na FICHA 1, 18.2 opção EM BRANCO
- Outra coisa, o conteúdo do 18.3, vem incompleto (ex ADULTO MAS) na exportação DBF então teria q acessar a DO para saber certo, nem sempre é preenchido

Investigação 1o caso

hoje (16/04/2024) a assistente social fez a primeira visita a família de acidentado falecido e utilizou a ficha 2 - percebi que falta data da entrevista e também ela usou frente e verso para relatar tudo...

isso que não estava na lista, pois foi dia 18/03 que ocorreu e o óbito 22/03, mas estava na mão da assistente social, então ela me passou (tinha passado a ficha 2 para ela), já fiz a ficha de conclusão, escaneei tudo e passei para a Anna do SIM.

Não foi At, estava 9-Ignorado e médico IML colocou em descrição sumária: Adulto morte real por TCE em decorrência acidente de trabalho.

Na conclusão, solicitei retificação campo 57/49 para 2-NÃO e campo 59/51 excluir em decorrência acidente de trabalho.

1o caso encerrado com sucesso

Investigação 3 casos óbito no hospital

Passei em 16/04/2024, 3 casos que o óbito ocorreu na Santa Casa de Piracicaba, para Assistente Social, ficou de ligar para Assistente Social do hospital para preencher a ficha de serviços de saúde, se as informações não forem conclusivas, fará visita domiciliar a familiares

Assistente Social conversou no hospital em 23/04/2024 que informou para solicitar qualquer coisa, precisa enviar ofício ao hospital, abortamos então e passamos para fazer visita domiciliar a família.

Acidente de trabalho Marcados com **sim** no SIM

Obito 22/02/2024 - CB - At trajeto, após recebimento dos documentos da empresa em 18/04/2024, foi feito e digitado SINAN (3215955) e passado para Assistente Social fazer visita a família, após será feito o SIVISA. Feito SIVISA em 07/05/1024 número 01.000446/24.

Obito 08/03/2024 - BJDMA - At trajeto, após visita domiciliar a irmã pela Assistente Social em 23/04/2024 que informou que o mesmo era autônomo e foi acidente de trajeto do trabalho para casa, foi feito e digitado SINAN (1679110), providenciando SIVISA. Feito SIVISA em 26/04/1024 número 01.000426/24.

Óbito 22/01/2024 - PN - At típico, 93 anos, dono do estacionamento, ataque abelhas, verifiquei em 03/05/2024 com responsável VE por Sinan Animais Peçonhentos e o mesmo estava marcado como não no campo de Acidente de Trabalho, pedi para a mesma fazer alteração para SIM.

Investigados que não eram AT

Outra Assistente Social do Cerest Piracicaba fez duas visitas domiciliares em 24/04/2024 e constatou que os falecidos estavam indo a casa de suas respectivas namoradas quando ocorreram os acidentes de trânsito que culminaram no óbito. O familiar de um deles apresentou cópia do Boletim de Ocorrência, Guia de Encaminhamento de Cádaver e Certidão de Óbito.

Fizemos o encerramento com a ficha 5 e foi enviado a responsável do SIM para alteração do Campo 49 de 9-Ignorado para 2-Não no mesmo dia.

Outros casos investigados

De 7 casos, apenas 1 era relacionado ao trabalho. No dia 24/04/2024, a Assistente Social ligou para 3 casos, sendo 2 não relacionados ao trabalho e um Sim relatado abaixo e no próximo slide.

Óbito 29/02/2024, SDO, At trajeto ocorrido em 22/02, ficou hospitalizado. Tivemos acesso ao BO, depois de articulação da Diretora do Cerest com Delegado de Polícia, estabelecemos meio de solicitação e resposta por email oficial. Na verdade, a articulação inicial foi para um caso que não teve óbito, mas em 24/04, solicitei referente a SDO e obtivemos retorno em 29/04, como era acidente de trânsito, consultei infosiga (<http://painelderesultados.infosiga.sp.gov.br/dados>) , Vc vai em óbitos (no fim da página tem a base de dados em csv) e entao tabulei o dado para encontrar as informações e passar para ser localizado maia facilmente:

70527 1009279379 2024 29/02/2024 22/02/2024 Rodovias 29 2 FEVEREIRO 2024 2024.02 QUINTA 10:58:00
MANHA PIRACICABA Campinas SP 304 168 ESTADUAL DER DR13 - Rio Claro PUBLICO -22.68418256
-47.68267756 MOTOCICLETA NAO DISPONIVEL ESTABELECIMENTO DE SAUDE CHOQUE VEÍCULO
ESTACIONADO MASCULINO 55-59 59 NAO DISPONIVEL Até 30 dias

Cont.

Ao mesmo tempo, solicitei para Assistente Social fazer contato com esposa feito em 24/04/2024 por telefone, a mesma relatou que o esposo estava indo fazer um serviço (bico) para o ex-patrão e sofreu o acidente que levou a internação e posterior óbito. Feito SINAN 5923502 em 07/05/2024, falta SIVISA.

Poderá ocorrer também uma visita familiar para auxiliar em outras questões.

Solicitei em 07/05/2024 para interlocutora do SIM, a alteração de Ignorado para SIM o campo 49 referente a acidente de trabalho na DO no SIM. Também alteração de causa básica para V23.4, estava V89.2. Enviei fichas 1,2, 3 e 5,

Caso recente de at que nao temos ainda informacao da DO

Óbito 30/04/2024, ESM - empresa principal nos informou sobre at trajeto ocorrido com empregado de terceirizada, solicitamos documentos que foram enviados em 06/05/2024, fizemos SINAN em 07/05/2024 e solicitamos DO a interlocutora do SIM em 02/05/2024 e até 07/05/2024 não havia recebido. Já estamos utilizando as ferramentas das fichas do Projeto, no caso recebemos o Boletim de Ocorrência (utizei só a parte debaixo da ficha 3 da Serviços de Saúde), além de CAT e outros da empresa.

Também foi interessante que a ata da Cipa sobre acidente trouxe apontamentos importantes que foi hoje mesmo direcionado pela empresa ao Fórum de Segurança do Trânsito da Câmara para cobrança de melhorias no acesso a rodovia próximo ao Ceasa).

Percepções com as ligações e visitas a familiares dos falecidos

A Assistente Social relata a dificuldade de conversar com familiares que perderam seus entes queridos.

Tivemos um caso que a outra assistente social chorou junto com a mãe do falecido, quando fez a visita domiciliar.

Tem que ter preparo e retaguarda, além de orientar para questões de DPVAT, pensão por morte (INSS), benefícios e outras informações pertinentes (CAT etc).

FICHA 1		
Identificação do(a) trabalhador(a) e outras informações da DO		
1. Nº da Declaração de Óbito (DO): 37898400		2. Data do óbito: 22/03/2024
3. Nome do(a) trabalhador(a):		
4. Nome da mãe:		
5. Data de nascimento:	6. Idade: 27 <small>(anos completos)</small>	7. Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M-Masc. <input type="checkbox"/> F-Fem. <input type="checkbox"/> I-Ignorado
		8. Raça/Cor: <input checked="" type="checkbox"/> Branca <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 (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input checked="" type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau)		10. Ocupação Habitual: (No caso do falecido ser aposentado ou desempregado, preencher o campo com a ocupação habitual anterior) MARCEVALDO Código CBO 2002: 773305
11. Endereço de residência do(a) falecido(a): R. [redacted]		12. Bairro/Distrito: ELDOMMOJ CEP: 83428-533
Município de residência: Piñeira		UF: S.P.
13. Local de ocorrência do óbito: <input checked="" type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> Outros (especificar): <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Ignorado		14. Município de ocorrência do óbito: Piñeira
16. Endereço do local de ocorrência do óbito: HCC - AV. BATA DE VALENÇA - VILA DEZENDE		15. UF: S.P.
17. CAUSAS DA MORTE (anote somente um diagnóstico por linha)		
Parte I	a) S06.9	CID:
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	b) V27.4	CID:
	c)	CID:
	d)	CID:
Parte II		
18. PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DO ÓBITO		
18.1. Tipo <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Ignorado	18.3. Descrição sumária do evento: ADULTO JOVEM MORTE REAL POR TCE DECOMPORTE DE ACIDENTE DE TRAMBO

LIGAR ou VISITA

Pág 2/2

FICHA 2	
INVESTIGAÇÃO DOMICILIAR	
1. Qual a relação do entrevistado com o(a) trabalhador(a): <input checked="" type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Cônjuge/companheiro(a) <input type="checkbox"/> Outro (especificar):	
2. Endereço do(a) entrevistado(a):	4. Município de residência do entrevistado(a): Pinheirópolis
B. HISTÓRICO OCUPACIONAL	
6.1. No momento do acidente, o(a) falecido(a) estava: <input type="checkbox"/> Trabalhando <input type="checkbox"/> Indo ou voltando <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Autônomo/Conta própria <input type="checkbox"/> Servidor público estatutário <input type="checkbox"/> Servidor público 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): MEI	6.4. CNPJ ou CPF (se houver):
6.3. Nome da Empresa ou Empregador: Autônomo Pinheirópolis	6.5. Endereço 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 checked="" type="checkbox"/> Não se aplica	6.8. O Empregador é empresa terceirizada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7. CIRCUNSTÂNCIAS DO ÓBITO	
7.1. Data do acidente: 18/03/24	7.2. Hora: 21:00 ± 21:30
7.3. Você poderia me contar como, quando, onde e por que aconteceu o acidente/violência? no bairro Eldorado, duas quadras antes de Residência	
7.4. Teve algum atendimento de saúde durante o agravo que levou a morte? do mesmo	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	
Se SIM, qual (quais): Corpo de bombeiros	
<input checked="" type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> Serviço móvel <input type="checkbox"/> Outro:	
<input type="checkbox"/> UPA <input type="checkbox"/> SESMT Servidores de Casa	
7.5. Foi aberto Boletim de Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
Nota: Se SIM, preencher o item "E. OUTRAS FORMAS DE INVESTIGAÇÃO"	
8. RELATO FAMILIAR: a mãe relata que ela não ficou a noite a noite e foi dar uma volta enquanto ela estava no supermercado. De lá passou alguns minutos e acabou ela fazendo as preparações de jantar. Pessoas que a conhecem (vão dar a notícia a quem foi filho de acidente) ela relata que ficou conversando e foi até o local para ver	

YPT 112

Mais os policiais não deixaram ele chugar perto do corpo já caído e relataram para ele que havia acontecido, que [redacted] estava pilotando a moto e nos viu a casa que estava logo a sua frente, sem fiscalização, sem a fita reflexiva, e o poste sem iluminação, a mãe disse que ele estava de capacete, mais deu ter caído porque ele bateu com a moto na casa, furou a perna e caiu de cabeça no chão, foi socorrido pelos famas e corpo de bombeiros, prestaram os primeiros socorros, levaram para o hospital onde passou por uma cirurgia para retirada de coágulos no cérebro, estava com muitos hematomas na cabeça, mais os médicos já havia estava com morte cerebral. Já a mãe fez doações de todos os órgãos e das cornas dos olhos.

Senha mãe mais no estava pagando. deu um filho de 3 anos [redacted] que mora com a mãe, ex nomeada de [redacted]

[redacted] mãe de [redacted] está desempregada, 37 anos de idade, está trabalhando em uma empresa de soldas e trabalha a noite.

A mãe [redacted] mãe de mãe é aposentada, ex nomeada Michele já deu entrada no DPVAT, e já tem um advogado dando assistência a ela, [redacted] mãe q. mãe de [redacted]

Luiz Augusto Mota
Assistente Social
CRPS 25813
CEREST Praticado

FICHA 5 CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO	
1. Data do encerramento da investigação: 16/01/2024	
2. Acidente de Trabalho: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Inconclusivo	3. Se SIM, 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 checked="" 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):	
DADOS DA INSPEÇÃO SANITÁRIA	
1. Realizada inspeção no ambiente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NSA	2. Se SIM, registrado no SIVISA? Nº Ficha de Procedimento:
3. QUAL(S) CAMPO(S) DEVE(M) SER RETIFICADO(S)	
Nº Campo: 57 D.O. ORIGINAL: 7 - 16/01/2024	APÓS A INVESTIGAÇÃO: 2 - N/A
Nº Campo: 59 D.O. ORIGINAL: DECOMENTE AS QUATRO ADULTO 30 YOM MATE REAL PRATICE JIM	APÓS A INVESTIGAÇÃO: APÓS A INVESTIGAÇÃO PROCEDEMENTAL POR TCE e
Nº Campo: - D.O. ORIGINAL: -	APÓS A INVESTIGAÇÃO:
Nº Campo: - D.O. ORIGINAL: -	APÓS A INVESTIGAÇÃO:
Nº Campo: - D.O. ORIGINAL: -	APÓS A INVESTIGAÇÃO:
4. Descrição e Conclusão - Encaminhamentos realizados EN CERRAM NÃO É NECESSÁRIO SI AM, AGENAS RETIFIÇÃO DO CAMPO 57 p para o dia 2 57 EX CURA "DESPORTE PROCEDEMENTAL"	
DADOS DO(S) TÉCNICO(S) RESPONSÁVEL(IS) PELA INVESTIGAÇÃO	
1. Instituição/Setor: CEREST de Praticado	
2. Nome do(s) técnico(s) responsável(is): Jucia Cristina Mouri e Sandra de Costa Cavale Lima	
3. Data de preenchimento: 16/01/24	

FICHA 1			
Identificação do(a) trabalhador(a) e outras informações da DO			
1. Nº da Declaração de Óbito (DO): 36316854		2. Data do óbito: 12/03/2024	
3. Nome do(a) trabalhador(a):			
4. Nome da mãe: JOSILIA DOS SANTOS			
5. Data de nascimento:	6. Idade: 52 (anos completos)	7. Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M-Masc. <input type="checkbox"/> F-Fem. <input type="checkbox"/> Ignorado	8. Raça/Cor: <input checked="" type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda
9. Escolaridade (última série concluída): <input checked="" type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau)		10. Ocupação Habitual: (No caso do falecido ser aposentado ou desempregado, preencher o campo com a ocupação habitual anterior) <u>Professora</u>	
11. Município de residência: <u>Pi Pácuosa</u>		12. Código CBO 2002: <u>255230</u>	
13. Local de ocorrência do óbito: <input checked="" type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> Outros (especificar):		14. Município de ocorrência do óbito: <u>Pi Pácuosa</u>	
15. UF: <u>SP</u>		16. Endereço do local de ocorrência do óbito: <u>Santa Casa - Av. Desembargador</u>	
17. CAUSAS DA MORTE (anote somente um diagnóstico por linha)			
Parte I	a) <u>T81.7</u>	CID:	
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	b) <u>T81.4</u>	CID:	
	c) <u>V83.6 + T81.2</u>	CID:	
	d) <u>S87.9 + V83.4</u>	CID:	
Parte II	<u>Outras: V87.4</u>	<u>CICUSA</u>	
18. PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DO ÓBITO			
18.1. Tipo de Acidente: <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Não	18.3. Descrição sumária do evento:	

LIGAÇÃO ou VISITA

24/04/2024

FICHA 2	
INVESTIGAÇÃO DOMICILIAR	
1. NOME DO(A) ENTREVISTADO(A):	
2. Endereços de residência anteriores:	
<input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Cônjuge/companheiro(a) <input checked="" type="checkbox"/> Outro (especificar): <u>irmão</u>	4. Município de residência do entrevistado(a): <u>Pi Pácuosa/SP</u>
3. Endereços de residência anteriores:	
5. Telefone para contato: <u>11 9495-4004</u>	
6. HISTÓRICO OCUPACIONAL	
6.1. No momento do acidente, o(a) falecido(a) estava: <input type="checkbox"/> Trabalhando <input type="checkbox"/> Indo ou voltando <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica	
6.2. Situação no mercado de trabalho: <u>não contribuiu - situação informal</u>	
<input type="checkbox"/> Emprego registrado com carteira assinada <input type="checkbox"/> Emprego não registrado <input checked="" type="checkbox"/> Autônomo/Conta própria <input type="checkbox"/> Servidor público estatutário <input type="checkbox"/> Servidor público celetista	<input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Trabalho temporário <input type="checkbox"/> Cooperativado
6.3. Nome da Empresa ou Empregador:	6.4. CNPJ ou CPF (se houver):
<u>autônomo - pedreiro</u>	
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 checked="" type="checkbox"/> Não se aplica	6.8. O Empregador é empresa terceirizada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7. CIRCUNSTÂNCIAS DO ÓBITO	
7.1. Data do acidente: <u>25/11/22</u>	7.2. Hora: <u>14:00</u>
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 checked="" type="checkbox"/> Sim	
Se SIM, qual (quais): <input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> Serviço móvel <input checked="" type="checkbox"/> UPA <input type="checkbox"/> SESMT <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Hospital Santa Casa</u>	
7.5. Foi aberto Boletim de Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <u>no ACPPE-2-4/2024 - SP.</u>	
Nota: Se SIM, preencher o item "E. OUTRAS FORMAS DE INVESTIGAÇÃO"	
8. RELATO FAMILIAR: <u>irmão próximo que me estava ajudando. No dia do acidente caiu de cima para cima em cima do remanescente de uma obra de fundação e no mesmo local onde estava: foi vítima de um acidente de trabalho</u>	

que conseguiu queda de bicicleta, no queda faleceu próximo de um, caibone (movimento), e acabou foi de os casos como os seus bicicletas, mas ainda as fotos foram levadas a um do Registo como pelo seu registro. Após a visita foi encaminhado a Santa Casa para o atendimento imediato de os dados de óbito: Presente, acidente e óbito não está relacionado ao trabalho.

Melissa Bragança
Assistente Social
CREAS de Pi Pácuosa

24/04/2024

FICHA 3	
INVESTIGAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	
INVESTIGAÇÃO NO SERVIÇO DE SAÚDE DE ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR (MÓVEL E/OU FIXO)	
1. Tipo de Serviço: <input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> UPA <input type="checkbox"/> Serviço móvel privado <input type="checkbox"/> Outro (especificar):	
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: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3. Foi identificado na ficha de atendimento/prontuário qual o tipo de acidente/violência que levou ao óbito? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	4. Foi identificado na ficha de atendimento/prontuário se foi acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
Se sim, qual(is)? <input type="checkbox"/> Acidente de trânsito <input type="checkbox"/> Envenenamento/intoxicação <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Outro (especificar):	4.1. Se sim, qual o tipo de acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Típico <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> NHE <input type="checkbox"/> Comissão de Óbito <input type="checkbox"/> SAME/Prontuário <input type="checkbox"/> Ficha de observação/atendimento hospitalar <input type="checkbox"/> Outros(especificar):	
OUTRAS FORMAS DE INVESTIGAÇÃO	
1. Município sede do IML: <u>Pi Pácuosa</u>	
2. Teve acesso ao Boletim de Ocorrência (BO): <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Descreva: <u>Se não em os registros em 25/11/22 e não em o registro de</u>	
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:	



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: DEL SEC.PIRACICABA PLANTÃO
Boletim Nº: A09983-1/2024 - 1ª Edição Iniciado: 13/01/2024 00:25 e Emitido: 13/01/2024 às 04:06

Boletim de Ocorrência de Autoria Desconhecida

Natureza da Ocorrência

Crime Consumado
Não Criminal - Morte suspeita
Morte Acidental

Dados da Ocorrência

Circunscrição: 01 D.P. - PIRACICABA
Local de Fato: Avenida Independência, 953, Santa Casa de Piracicaba - Centro - 13400560 - PIRACICABA - SP
Tipo de Local: Saúde - Hospital

Ocorrência: 12/01/2024 às 21:45
Comunicação: 13/01/2024 às 00:25
Flagrante: Não
Elaboração: 1ª Edição - 13/01/2024 às 04:06

Pessoas Físicas

1 - Autor Nome: Autor Desconhecido 1
Nome Social: Não informado Vulgo: Não informado
RG: Não informado Dt. de Nascimento: Não
CPF: Não informado

Cópis: Não informado
Vulgo: Não informado
Cópis: Parda
Vulgo: Não informado
Cópis: Branca

5/9

Polícia Civil do Estado de São Paulo, em 13/01/2024 às 02:48

Chave de Ingresso:
5E948E7F030E9E8E5AF3405242F

DEL SEC.PIRACICABA PLANTÃO

www.policiacivil.sp.gov.br

Endereço da Delegacia: RUA DO VERGUEIRO, 888 - CENTRO - 13400716 - PIRACICABA - SP

Folha: 1



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: DEL SEC.PIRACICABA PLANTÃO
Boletim Nº: A09983-1/2024 - 1ª Edição Iniciado: 13/01/2024 00:25 e Emitido: 13/01/2024 às 04:06

Histórico do BO

1ª Edição criada 13/01/2024 00:46 por Marcel De Campos - DEL SEC.PIRACICABA PLANTÃO
A Polícia Civil do Estado de São Paulo, representada neste ato, pela Autoridade Policial subscritora, ao analisar a notícia apresentada, colheu, na avaliação do respectivo Boletim de Ocorrência, há visto o comparamento da Declarante S. [redacted] ando que na data de 25/11/2023 seu imlo L. [redacted] sofreu uma queda enquanto andava de bicicleta e teve um trauma na região do rim com hemorragia, sendo socorrido pela Declarante até o Uipa do Vila Rezende e logo após transferido para o Hospital Santa Casa de Piracicaba onde permaneceu internado até 12/01/2024, quando que por volta das 21h45min veio a óbito conforme consta na guia de encaminhamento de cadáver, médico responsável R. [redacted] Informa ainda a Declarante que a vítima havia alegado que transferia de bicicleta levando uma cesta básica quando que acabou se desequilibrando e caindo da bicicleta. Expedido requisição IML, pessoa e MSG, ao Cepel. Nada mais.

Solução: Encaminhamento da área do fato

Conferir(m), assinar(m) e receber(m) uma via
BO digitado por Marcel De Campos, Agente Policial
Equipe chefiada por CARLOS VINÍCIUS MARTINS LOPE, Delegado de Polícia

Documento assinado digitalmente nos termos da lei 11.419/2006

Documento assinado digitalmente nos termos da lei 11.419/2006
Polícia Civil do Estado de São Paulo, em 13/01/2024 às 02:48

Chave de Ingresso:
5E948E7F030E9E8E5AF3405242F

DEL SEC.PIRACICABA PLANTÃO

www.policiacivil.sp.gov.br

Endereço da Delegacia: RUA DO VERGUEIRO, 888 - CENTRO - 13400716 - PIRACICABA - SP

Folha: 2

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GUÍIA DE ENCAMINHAMENTO DE ACIDENTES
Nº [redacted] Chave de acesso: [redacted]

Nome do doente: [redacted] Data do Óbito: 12/01/2024 Hora: 21:45
Endereço do Hospital: PS Santa Casa de Piracicaba CMES 277210 Óbito em Domicílio: []
Endereço Av. Independência, 953
Fone: (19) 3417-5000 Distrito Administrativo / Bairro: Bairro Alto CEP: 13419-165

RESOLUÇÃO DO ENCAMINHAMENTO DO CADÁVER

Nome do doente: [redacted] Nº Registro (Hospital/PS): [redacted] RG: [redacted] Sexo: [] M [] F
Data do óbito: [redacted] Anos: [redacted] Meses: [redacted] Dias: [redacted] Horas: [redacted] Minutos: [redacted] Segundos: [redacted]
Escalação: [redacted] Média (artigo 2º grau) Ignorado Síntese [redacted] Ocupação Habitual (se aposentada/desempregado, informar anterior)
Especialidade: [redacted] Superior incompleto [redacted] Superior completo [redacted]
Filiação: Mãe: [redacted]
Endereço residencial: Nº: [redacted] Complemento: [redacted]
CEP: [redacted] Distrito Adm./Bairro: [redacted] Cidade: [redacted] UF: [redacted]

Óbitos de mulheres em idade fértil a morte ocorreu: [redacted] Ignorando: [redacted]
[] Na gravidez [] No parto [] No aborto [] AM 42 dias após o parto [] De 43 dias a 1 ano após o parto [] Não ocorreu, nestes períodos

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MESSORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE
Ocupação Habitual (se aposentada/desempregado, informar anterior): [redacted]
Escolaridade: [redacted] Média (artigo 2º grau) Ignorado Síntese [redacted] Superior incompleto Superior completo
Número de filhos vivos: [redacted] Filhos falecidos: [redacted] Tipo de Gravidez: [redacted] Tipo de Parto: [redacted] Morte em relação ao Parto: [redacted] Depois: [redacted] Ignorado
Nascidos vivos: [redacted] Abortos: [redacted] Útero: [redacted] Cesáreo: [redacted] Pêso ao Nascer: [redacted] Número da Declaração Nascido Vivo: [redacted]
[] Ignorado [] Ignorado [] Ignorado

ÓBITOS FETAIS E EM MESSORES DE 1 ANO
Número de filhos vivos: [redacted] Filhos falecidos: [redacted] Tipo de Gravidez: [redacted] Tipo de Parto: [redacted] Morte em relação ao Parto: [redacted] Depois: [redacted] Ignorado
Nascidos vivos: [redacted] Abortos: [redacted] Útero: [redacted] Cesáreo: [redacted] Pêso ao Nascer: [redacted] Número da Declaração Nascido Vivo: [redacted]
[] Ignorado [] Ignorado [] Ignorado

ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS
Tipo: [] X Acidente [] Suicídio/agressão [] Agressão por Terceiros [] Evento de Interação Indeterminada [] Intervenção Legal [redacted]
Assidentes: [redacted]
[] Acidente de Trabalho (informação sobre a vítima) [] Pedestre [] Condutor [] Passageiro [] Ignorado
Veículos envolvidos no acidente: [] X Bicicleta [] Motocicleta [] Automóvel [] Ônibus [] Outro: [redacted]
[] Queda: [] Atropelamento [] Andar em nível elevado [] Choque elétrico [] Outros: [redacted]
[] Afogamento [] Jogado/lançado [] Intoxicação [] Intoxicação [] Choque elétrico [] Outros: [redacted]
Suicídio: [redacted]
[] Enforcamento [] Precipitação de lugar elevado [] Arma de fogo [] Outros: [redacted]
Agressão por Intoxicação: [redacted]
[] Arma de fogo [] Arma branca [] Uso de força corporal [] Outros meios: [] Ignorado

ÓBITOS POR CAUSAS INTERNAS
Local onde ocorreu o acidente, suicídio ou agressão: [] X Vila Pública [] Idôneo [] Trabalho [] Outro [] Ignorado
Acidente de trabalho: [] Sim [] Não [] X Ignorado

Condição do paciente falecido: [] Chegou sem vida ao serviço [] Faleceu ao receber os Primeiros Socorros
[] X Faleceu durante a internação de [redacted] dias [] Nascimento ou criança cujo nascimento e óbito ocorreu no Hospital sem alta
Quadro clínico ou lesões apresentadas ao chegar ao Hospital: Trauma em região dorsal D por queda de bicicleta, cefaléia 900ml total

Síntese de História Clínica e Exames Complementares de Relevância (com cronologia): Paciente admetido no hospital após queda de bicicleta com trauma em região dorsal, exames de imagem mostraram fratura de costela e lesão de artéria renal, passou por laparotomia para drenagem da coleção séptica de diversas infecções secundárias em cavidade abdominal, aplicação de antibioticoterapia renal aguda, uso crônico na internação de diversos antibióticos e quadro de choque séptico necessitando de intubação, ventilação e uso de drogas vasoativas.

ALTIMENTO DO PACIENTE
Clínico ou Cirúrgico: [redacted]
Retirado de Corpo Externo (se retirar, enviar ao IML): [] Não [] Sim Tipo: [redacted]
Causa(s) Possível(is) do Óbito: Possível choque séptico por sepsis de foco abdominal

Médico Responsável: [redacted] Médico: [redacted] Data: 12/01/2024
Carimbo e Assinatura: CRMSP 195.760

TEMPORES DO ÓBITO
Nº do Boletim de Ocorrência: [redacted] Óbito UTI05
Saúde de Instituição/Domicílio - Data: [redacted] 25/1/2023 Hr: 20:22
Responsável pelo transporte - Nome: [redacted] Assinatura: [redacted]
Responsável pela liberação (na Unidade de Saúde ou no S): [redacted]
Cargo/função: [redacted]

U.T. / UNIDADE 1
4028132

Selo Digital nº 114843.01.55.2024.4.00108.017.0068043-98

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NO. [REDACTED]

MATRÍCULA 114843.01.55.2024.4.00108.017.0068043-98

SEXO [REDACTED] COR [REDACTED] ESTADO CIVIL E IDADE [REDACTED]

MASCULINO [REDACTED] BRANCA [REDACTED] Solteiro, com 52 anos de idade

NATURALIDADE [REDACTED] DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO [REDACTED] ELEITOR [REDACTED]

[REDACTED] Itagimirim, Estado da Bahia

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA [REDACTED]

DATA E HORA DO FALECIMENTO [REDACTED] 12 01 2024

[REDACTED] doze de janeiro de dois mil e vinte e quatro às 21:45 (vinte e uma horas e quarenta e cinco minutos).

LOCAL DO FALECIMENTO [REDACTED]

[REDACTED] Santa Casa de Misericórdia, em Piracicaba - Estado de São Paulo

CAUSA DA MORTE [REDACTED]

[REDACTED] Tromboembolismo cardiopulmonar. Sepsis abdominal, Nefrectomia direita por hemorragia. Trauma abdominal fechado

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED]

[REDACTED] Sepultamento no cemitério da Vila Rezende, nesta cidade

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O [REDACTED]

[REDACTED] Dr. Ricardo Tedeschi Matos - CRM nº 91881

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES [REDACTED]

[REDACTED] O falecido não deixa bens. Ignorado se deixa testamento. Era eleitor, demais dados ignorados. O falecido era registrado em Itagimirim - BA, no Livro A-6, às folhas 248, sob nº 6389. Não deixa filhos. Número do selo digital 114843A0C1TDJ0000002424H// (Reg. lavrado no Lv. C-108, fls. 17-F, nº 68043, aos 19/01/2024).---Nada mais me cumpria certificar

ANOTAÇÕES DE CADASTRO [REDACTED]

[REDACTED] CEP: 13412-300

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Piracicaba, 19 de Janeiro de 2024.

[REDACTED]

Ivina Luciane Grippa - Escrevente Autorizada

Oficial de Registro Civil
3º Subd. - Piracicaba
Rua São José, 1529Ivina Luciane Grippa
Escrevente Autorizada

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO TERCEIRO SUBDISTRITO

DA SEDE:

7º Subdistrito de Piracicaba

Piracicaba - Estado de São Paulo

Rua São José, 1529 Cidade Alta

C.E.P. 13412-300, TEL. (16) 3422-3400

EMAIL: carnegibauz@tama.com.br; carnegibauz@tama.com.br

MARIANA CATHARINA OLIVEIRA DE CASTRO NEVES - Oficial

1ª VIA - ISENTA DE EMOLUMENTOS

114843 - AA000159929

FICHA 5
CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO

1. Data do encerramento da investigação: 24/04/2024		
2. Acidente de Trabalho: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Inconclusivo	3. Se SIM, 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 checked="" 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):		
DADOS DA INSPEÇÃO SANITÁRIA		
1. Realizada inspeção no ambiente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" 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: 49	D.O. ORIGINAL: 9 - IGNORADO	APÓS A INVESTIGAÇÃO: 2 - NÃO
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 Encaminhamento, NÃO É NECESSÁRIO SIMAR, APENAS RETIFICAR CAMPO 49 - PARA 2 - NÃO.		
DADOS DO(S) TÉCNICO(S) RESPONSÁVEL(ES) PELA INVESTIGAÇÃO		
1. Instituição/Setor: CEST Piracicaba		
2. Nome do(s) técnico(s) responsável(is): MATEO BOZELLI VIEIRA e SANDRA RENATA CANDE DUARTE		
3. Data de preenchimento: 24/04/24		

23/04/24

FICHA 1			
Identificação do(a) trabalhador(a) e outras informações da DO			
1. Nº da Declaração de Óbito (DO): 38082544		2. Data do óbito: 08/02/2024	
3. Nome do(a) trabalhador(a):			
4. Nome da empresa:			
5. Data de nascimento:	6. Idade: 63 <small>(anos completos)</small>	7. Sexo: <input type="checkbox"/> M-Masc. <input type="checkbox"/> F-Fem. <input type="checkbox"/> Ignorado	8. Raça/Cor: <input checked="" type="checkbox"/> Branca <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 (1ª a 4ª Série) <input checked="" type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau)		10. Ocupação Habitual: (No caso do falecido ser aposentado ou desempregado, preencher o campo com a ocupação habitual anterior) Serralheiro Código CBO 2002: 724440	
11. Bairro/Distrito: <u>Parque Tereza</u>		CEP: <u>13403-023</u>	
Município de residência: <u>Piracicaba</u>		UF: <u>SP</u>	
13. Local de ocorrência do óbito: <input checked="" type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> Outros (especificar):		14. Município de ocorrência do óbito: <u>Piracicaba</u>	
16. Endereço do local de ocorrência do óbito: HFC - Av. Othon de Moraes (V. Vespertino)		Número: <u>716</u>	
17. CAUSAS DA MORTE (anote somente um diagnóstico por linha)			
Parte I		CID: <u>J13.0</u>	
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		CID: <u>T07</u>	
		CID: <u>V09.9</u>	
Parte II		CID: _____	
18. PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DO ÓBITO			
18.1. Tipo	18.2. Acidente de Trabalho (registrada na DO)	18.3. Descrição sumária do evento:	
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<u>Acidente atropelado e rolado de carro em via pública</u>	
<input type="checkbox"/> Suicídio	<input type="checkbox"/> Não	<u>cl. complicação de acidente</u>	
<input type="checkbox"/> Homicídio	<input type="checkbox"/> Ignorado		
<input type="checkbox"/> Outros			
<input type="checkbox"/> Ignorado			

DATA: 23/04/24

FICHA 2	
INVESTIGAÇÃO DOMICILIAR	
1. NOME DO(A) ENTREVISTADO(A):	
2. Como se relaciona com o trabalhador(a):	
<input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Cônjuge/companheiro(a) <input checked="" type="checkbox"/> Outro (especificar): <u>Mãe</u>	
3. Endereço do(a) entrevistado(a):	
6.1. No momento do acidente, o(a) falecido(a) estava: <input checked="" 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"/> Aposentado
<input type="checkbox"/> Emprego não registrado	<input type="checkbox"/> Desempregado
<input checked="" type="checkbox"/> Autônomo/Conta própria	<input type="checkbox"/> Trabalho temporário
<input type="checkbox"/> Servidor público estatutário	<input type="checkbox"/> Cooperativado
<input type="checkbox"/> Servidor público celetista	<input type="checkbox"/> Ignorado
6.3. Nome da Empresa ou Empregador: <u>Autônomo</u>	
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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Não	
7. CIRCUNSTÂNCIAS DO ÓBITO	
7.1. Data do acidente: <u>08/02/24</u>	7.2. Hora:
7.3. Você poderia me contar como, quando, onde e por que aconteceu o acidente/violência? <u>Acidente que foi atropelado por um carro</u>	
7.4. Teve algum atendimento de saúde durante o agravio que levou a morte? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	
Se SIM, qual (quais): <u>Pneumonia</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> Serviço móvel <input type="checkbox"/> Outro: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> LUPA <input type="checkbox"/> SESMT	
7.5. Foi aberto Boletim de Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
Nota: Se SIM, preencher o item "E. OUTRAS FORMAS DE INVESTIGAÇÃO"	
8. RELATO FAMILIAR: <u>Acidente registrado pelo nome e levado no tipo de P.N. e comunicado por telefone para o hospital dos Bombeiros. Como ficou mais 9 dias e teve complicações. Pneumonia já ser tratada, sofreu no acidente batida forte na barriga e braços. Barriga e provavelmente deu Hemorragia interna.</u>	

a irmã conta que causou com ele no hospital umas 3 vezes dentro de UTI ele estava muito sedado. Os médicos disseram a irmã que provavelmente teria que fazer uma cirurgia na perna e no quadril, pois tinha fraturas no acidente.

DATA: 23/04/24

FICHA 3	
INVESTIGAÇÃO NO SERVIÇO DE SAÚDE	
INVESTIGAÇÃO NO SERVIÇO DE SAÚDE DE ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR (MÓVEL E/OU FIXO)	
1. Tipo de Serviço: <input checked="" type="checkbox"/> SAMU <input checked="" type="checkbox"/> LUPA <input type="checkbox"/> Serviço móvel privado <input type="checkbox"/> Outro (especificar): _____	
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: <u>HOSPITAL DE PIRACICABA</u>	2. Atendimento Pré-hospitalar/Relatório SAMU: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3. Foi identificado na ficha de atendimento/prontuário qual o tipo de acidente/violência que levou ao óbito? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual(is)? <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito	4. Foi identificado na ficha de atendimento/prontuário se foi acidente de trabalho? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
5. Diagnóstico(s) médico, natureza e tipo(s) de lesão registrado(s) no prontuário:	4.1. Se sim, qual o tipo de acidente de trabalho? <input checked="" type="checkbox"/> Típico <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Ignorado
6. Outras informações sobre o acidente/violência que constam no prontuário:	
7. Fonte de coleta de dados: <input type="checkbox"/> NHE <input type="checkbox"/> Comissão de Óbito <input type="checkbox"/> SAME/Prontuário <input type="checkbox"/> Ficha de observação/atendimento hospitalar	
Outros(especificar):	
OUTRAS FORMAS DE INVESTIGAÇÃO	
1. Município sede do IML: <u>Piracicaba</u>	
2. Teve acesso ao Boletim de Ocorrência (BO): <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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: <u>FOI ATENDIDO NO TERCELO DE PIRACICABA</u>	

FICHA 1			
Identificação do(a) trabalhador(a) e outras informações da DO			
1. Nº da Declaração de Óbito (DO): 3818308		2. Data do óbito: 27/02/2024	
3. Nome do(a) trabalhador(a):			
4. Nome da mãe:			
5. Data de nascimento:	6. Idade: 59 (anos completos)	7. Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M-Masc. <input type="checkbox"/> F-Fem. <input type="checkbox"/> Ignorado	8. Raça/Cor: <input type="checkbox"/> Branca <input checked="" type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Ignorado
9. Escolaridade (última série concluída): <input checked="" type="checkbox"/> Sem escolaridade (0) <input checked="" type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) (1) <input type="checkbox"/> Superior incompleto (4) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) (2) <input type="checkbox"/> Superior completo (5) <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2ª grau) (3) <input type="checkbox"/> Ignorado (9)		10. Ocupação Habitual: (No caso do falecido ser aposentado ou desempregado, preencher o campo com a ocupação habitual anterior) MOTORISTA DE FULANO OU VEÍCULO SIMILAR Código CBO 2002: 782310	
11. Município de residência: Pi Raciões		12. Bairro/Distrito: 3ª. Zona	CEP: 83408-052
13. Local de ocorrência do óbito: <input checked="" type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> Outros (especificar): <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Ignorado		14. Município de ocorrência do óbito: Pi Raciões	15. UF: S.P.
16. Endereço do local de ocorrência do óbito: HFC - Av. ...		Número: 716	
17. CAUSAS DA MORTE (anote somente um diagnóstico por linha)			
Parte I	a) 506.9	CID:	
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	b)	CID:	
	c) V. M. A.	CID:	
Parte II	d)	CID:	
18. PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DO ÓBITO			
18.1. Tipo <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Ignorado	18.3. Descrição sumária do evento:	

FICHA 2	
INVESTIGAÇÃO DOMICILIAR	
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 checked="" 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: (11) 3101-4424	
6. HISTÓRICO OCUPACIONAL	
6.1. No momento do acidente, o(a) falecido(a) estava: <input type="checkbox"/> Trabalhando <input checked="" 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"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Trabalhador avulso <input type="checkbox"/> Emprego não registrado <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Empregador <input checked="" type="checkbox"/> Autônomo/Conta própria <input type="checkbox"/> Trabalho temporário <input type="checkbox"/> Outro (especificar): <input type="checkbox"/> Servidor público estatutário <input type="checkbox"/> Cooperativado <input type="checkbox"/> Servidor público celetista <input type="checkbox"/> Ignorado	
6.3. Nome da Empresa ou Empregador:	
6.4. CNPI ou CPF (se houver):	
6.5. Município da empresa: DISCIPINA IEP	
6.6. O Empregador é empresa terceirizada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
6.7. Foi emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" 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	
7. CIRCUNSTÂNCIAS DO ÓBITO	
7.1. Data do acidente: 22/02/24	7.2. Hora: 06:20
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 checked="" type="checkbox"/> Sim Se SIM, qual (quais): <input checked="" type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> Serviço móvel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: HFC. <input type="checkbox"/> UPA <input type="checkbox"/> SESMT	
7.5. Foi aberto Boletim de Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
Nota: Se SIM, preencher o item "E. OUTRAS FORMAS DE INVESTIGAÇÃO"	
8. RELATO FAMILIAR: Onde o acidente ocorreu com o(a) trabalhador(a) que ocorreu ocorreu quando estava em um veículo que estava estacionado e quando estava a fazer uma entrega de uma empresa. No dia 22/02/24 estava indo para trabalhar na empresa. Refere que está com dificuldade para trabalhar e que não consegue mais trabalhar. Não sabe o que aconteceu com o trabalhador(a) que ocorreu ocorreu quando estava em um veículo que estava estacionado e quando estava a fazer uma entrega de uma empresa. O acidente ocorreu quando estava estacionado. O acidente ocorreu quando estava em um veículo que estava estacionado e quando estava a fazer uma entrega de uma empresa.	

FICHA 3	
INVESTIGAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	
INVESTIGAÇÃO NO SERVIÇO DE SAÚDE DE ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR (MÓVEL E/OU FIXO)	
1. Tipo de Serviço: <input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> UPA <input type="checkbox"/> Serviço móvel privado <input type="checkbox"/> Outro (especificar):	
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: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3. Foi identificado na ficha de atendimento/prontuário qual o tipo de acidente/violência que levou ao óbito? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual(is)? <input type="checkbox"/> Acidente de trânsito <input type="checkbox"/> Envenenamento/intoxicação <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Outro (especificar):	4. Foi identificado na ficha de atendimento/prontuário se foi acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado 4.1. Se sim, qual o tipo de acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Típico <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> NHE <input type="checkbox"/> Comissão de Óbito <input type="checkbox"/> SAME/Prontuário <input type="checkbox"/> Ficha de observação/atendimento hospitalar <input type="checkbox"/> Outros (especificar):	
OUTRAS FORMAS DE INVESTIGAÇÃO	
1. Município sede do IML: Pi Raciões	
2. Teve acesso ao Boletim de Ocorrência (BO): <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Descreva: Trazido até o hospital e passou a fazer todo o exame e exames de imagem e exames de laboratório. Foi encaminhado para o Hospital de Referência de Pi Raciões e o acidente ocorreu quando estava estacionado.	
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: Em 05/03, após a liberação do corpo, foi encaminhado para o IML de Pi Raciões. Morte registrada em 01/04/2024.	

FICHA 5 CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO		
1. Data do encerramento da investigação: <u>03/05/24</u>		
2. Acidente de Trabalho: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Inconclusivo		3. Se SIM, qual o tipo de acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Típico <input checked="" type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Ignorado
4. Se inconclusivo, por que?		
5. Fontes consultadas: <input checked="" type="checkbox"/> Entrevista Domiciliar <input type="checkbox"/> Ficha de atendimento do Serviço de Assistência Pré-Hospitalar <input type="checkbox"/> Prontuário do Paciente <input checked="" type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência <input type="checkbox"/> Outros (especificar):		
DADOS DA INSPEÇÃO SANITÁRIA		
1. Realizada inspeção no ambiente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" 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: <u>49</u>	D.O. ORIGINAL <u>IGNORADO</u>	APÓS A INVESTIGAÇÃO: <u>SIM</u>
Nº Campo: <u>17</u>	D.O. ORIGINAL <u>V 89.2</u>	APÓS A INVESTIGAÇÃO: <u>V 23.4</u>
Nº Campo:	D.O. ORIGINAL	APÓS A INVESTIGAÇÃO:
Nº Campo:	D.O. ORIGINAL	APÓS A INVESTIGAÇÃO:
Causa Básica do Óbito	D.O. ORIGINAL <u>V 89.2</u>	APÓS A INVESTIGAÇÃO: <u>V 23.4</u>
4. Descrição e Conclusão - Encaminhamentos realizados <u>Fazer SIM no SIVISA e retificação nos SIM campo 49 e SIM, no âmbito do trabalho de Trajeto e (ambos) com V 23.4 (MATEX (ARCO))</u>		
DADOS DO(S) TÉCNICO(S) RESPONSÁVEL(IS) PELA INVESTIGAÇÃO		
1. Instituição/Setor: <u>Cent. Estadual</u>		
2. Nome do(s) técnico(s) responsável(is): <u>Sede de Santa Carolina - Danilo e Maria Boyelli (Prontuário)</u>		
3. Data de preenchimento: <u>03/05/24</u>		