

**INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO (IAT)**

1-No. da NAT	2-Data de início	3-Data de término
--------------	------------------	-------------------

**Unidade Notificante**

4-UA	5-CNPJ
------	--------

**Acidentado**

6-NI	7-RS	8-Nome
------	------	--------

**Acidente/Doença**

9-Data e hora	10-Depois horas de trabalho	11-Tipo TÍPICO   DOENÇA   TRAJETO	12-Último dia trabalhado
13-Local	14-Especificação do local		
15-Município			16-UF
17-Horário de trabalho (Contratual, real e prática de hora extra)			18-Em jornada de plantão extra S   N
19-Partes do corpo acometidas			
20-CID 1	21-CID 2	22-CID 3	23-Afastamento S   N
24-Data de afastamento		25-Dias de afastamento	
26-Agentes causadores e fatores de risco - Mecânicos: <input type="checkbox"/> Máquina desprotegida, <input type="checkbox"/> Arranjo físico, <input type="checkbox"/> Ordem, <input type="checkbox"/> Limpeza, <input type="checkbox"/> Sinalização, <input type="checkbox"/> Rotulagem de produtos, <input type="checkbox"/> ferimento por arma branca, <input type="checkbox"/> ferimento por arma de fogo, <input type="checkbox"/> outras causas mecânicas:  - Biológicos: <input type="checkbox"/> Contato fluido orgânico c/ ferimento perfuro-cortante, <input type="checkbox"/> Contato fluido orgânico c/ pele íntegra, <input type="checkbox"/> Contato fluido orgânico c/ pele não íntegra, <input type="checkbox"/> Contato fluido orgânico c/ mucosa, <input type="checkbox"/> Outras causas biológicas: - Fonte biológica: CONHECIDA   DESCONHECIDA, nome do paciente, registro hospitalar, HIV +   -, HBV +   -, HCV -   -  - Físicos: <input type="checkbox"/> Ruído, <input type="checkbox"/> Vibração, <input type="checkbox"/> Radiação ionizante, <input type="checkbox"/> Radiação não ionizante, <input type="checkbox"/> Frio, <input type="checkbox"/> Calor, <input type="checkbox"/> Umidade, <input type="checkbox"/> Pressão atmosférica, <input type="checkbox"/> Outras causas físicas:  - Químicos: <input type="checkbox"/> Substância química,  - Ergonômicos: <input type="checkbox"/> Equipamentos/máquinas, <input type="checkbox"/> Mobiliário, <input type="checkbox"/> Iluminação, <input type="checkbox"/> Ventilação/exaustão, <input type="checkbox"/> Outras causas ergonômicas:  - Psicossociais: <input type="checkbox"/> Trabalho em turnos/noturno, <input type="checkbox"/> Monotonia/ritmo excessivo, <input type="checkbox"/> Exigência de produtividade, <input type="checkbox"/> Relação de trabalho autoritária, <input type="checkbox"/> Falha de treinamento/supervisão, <input type="checkbox"/> Outras causas psicossociais:			
27-Descrição da situação geradora		28-Observações	
29-CID da causa 1		30-CID da causa 2	31-CID da causa 3
32-Documentos anexos			

**INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO (IAT)**

No. da NAT	Nome do acidentado
------------	--------------------

**Testemunha 1**

33-Nome		34-RG	
35-Endereço		36-Bairro	
37-CEP	38-Município	39-UF	40-Telefone

**Testemunha 2**

41-Nome		42-RG	
43-Endereço		44-Bairro	
45-CEP	46-Município	47-UF	48-Telefone

**Análise do Trabalho**

50-Descrição do trabalho no dia do AT <input type="checkbox"/> Trabalho rotineiro <input type="checkbox"/> Trabalho novo, feito pela primeira vez <input type="checkbox"/> Trabalho conhecido, feito com frequência <input type="checkbox"/> Trabalho conhecido, feito com frequência mas usando recursos ou meios não habituais <input type="checkbox"/> Trabalho raro ou infrequente <input type="checkbox"/> Trabalho com supervisão direta ou cobranças mediadas por outras pessoas <input type="checkbox"/> Trabalho com meta ou exigência de produção para o indivíduo ou grupo <input type="checkbox"/> Trabalho com mudança de indivíduos (chefia, colegas) <input type="checkbox"/> Trabalho com mudança de tarefa <input type="checkbox"/> Trabalho com mudança de material <input type="checkbox"/> Trabalho com mudança física no ambiente <input type="checkbox"/> Trabalho com mudança organizacional no ambiente <input type="checkbox"/> Trabalho com mudança de fluxo  Especificar outras condições de trabalho no dia do AT:
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

# INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO (IAT)

No. da NAT	Nome do acidentado
------------	--------------------

## Análise de Riscos

51-Medidas de controle de risco existentes - Físicas (EPI/EPC):  - Organização do trabalho:  - Treinamento:
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

52-Medidas de controle de risco necessárias - Físicas (EPI/EPC):  - Organização do trabalho:  - Treinamento:
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Gestão de Segurança

53-Falhas encontradas - Registro de AT anterior com características semelhantes: N   S - Evidências de falha crônica e persistente na adoção de medidas preventivas: N   S - Falha no monitoramento de medidas de segurança: N   S - Falha na logística: N   S
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Conclusão

54-Conclusão
--------------

## Recomendações

55-Medidas recomendadas
-------------------------

## Notificação SINAM

56-No.	57-Data	58-Observações
--------	---------	----------------

## Responsável pela Investigação

59-Nome do responsável
------------------------

Local, data e assinatura do responsável	Local, data, assinatura e carimbo do diretor do SESMT
-----------------------------------------	-------------------------------------------------------

NOME DO USUÁRIO (USUÁRIO), Data