****

**EMPRESA DE NOTIFICADORA DO ACIDENTE**

**MODELO DE EXEMPLO DE POLÍTICA**

POLÍTICA DE NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTES/FERIMENTOS DE FUNCIONÁRIOS

NOME DA ORGANIZAÇÃO

00/00/0000

Endereço

Telefone de contato

Endereço web

Endereço de e-mail

VERSÃO 0.0.0

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELABORADO POR** |  | **CARGO** |  | **DATA** |  |
| **APROVADO POR** |  | **CARGO** |  | **DATA** |  |

Índice

[1. OBJETIVO 3](#_Toc142037747)

[2. ESCOPO 3](#_Toc142037748)

[3. ELEMENTOS DA POLÍTICA 3](#_Toc142037749)

[4. COBERTURA DOS SEGUROS 4](#_Toc142037750)

[5. ASSISTÊNCIA DE EMERGÊNCIA 4](#_Toc142037751)

[A. FERIMENTOS LEVES 4](#_Toc142037752)

[B. ASSISTÊNCIA MÉDICA EMERGENCIAL 4](#_Toc142037753)

[6. PROCEDIMENTO PARA NOTIFICAR ACIDENTE 5](#_Toc142037754)

[7. PROCESSO DO FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO 5](#_Toc142037755)

# OBJETIVO

|  |
| --- |
| Descreva brevemente o objetivo deste documento. |

# ESCOPO

|  |
| --- |
| Identifique as pessoas afetadas por esta política de notificação. |

# ELEMENTOS DA POLÍTICA

|  |
| --- |
| Defina os tipos de acidentes ou incidentes que devem ser notificados. |

# COBERTURA DOS SEGUROS

|  |
| --- |
| Defina a cobertura dos seguros da organização, em particular, o que a apólice cobre para funcionários. Mencione que haverá repercussões se o funcionário não notificar um acidente. |

# ASSISTÊNCIA DE EMERGÊNCIA

## FERIMENTOS LEVES

|  |
| --- |
| Você pode encontrar kits de primeiros socorros para ferimentos leves nos seguintes locais: |

**NOTA: Nunca toque no sangue de outra pessoa ou em outros fluidos corporais.**

Ligue para [NOME DO SETOR APROPRIADO] em [NÚMERO DE TELEFONE] para obter ajuda.

## ASSISTÊNCIA MÉDICA EMERGENCIAL

|  |
| --- |
|  |

# PROCEDIMENTO PARA NOTIFICAR ACIDENTE

|  |
| --- |
| Você deve seguir as etapas abaixo quando um funcionário estiver ferido:1. Quando um funcionário for testemunha ou estiver envolvido em um incidente, ele deve notificá-lo para [PESSOAS OU AUTORIDADES QUE DEVEM SER NOTIFICADAS] por [TIPO DE COMUNICAÇÃO] em até [PRAZO] após o incidente. 2. Faça uma lista das etapas restantes no processo de notificação da sua organização. 3. 4. 5.  |

# PROCESSO DO FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO

|  |
| --- |
| Todos os acidentes relacionados ao trabalho que resultem em ferimento, doença ou quase acidente, independentemente do nível de gravidade, serão documentados e investigados pelo [DEPARTAMENTO]. Investigações adicionais podem ser conduzidas por outras autoridades, por exemplo, a polícia local, a OSHA, etc.1. O [DEPARTAMENTO] fará uma notificação inicial sobre todos os acidentes e ferimentos no local de trabalho.2. As cópias das notificações de acidentes dos funcionários são mantidas em arquivo em [LOCALIZAÇÃO]. Os funcionários que solicitarem cópias da notificação devem entrar em contato com [INFORMAÇÕES DE CONTATO].3. Faça uma lista das etapas restantes do processo do formulário de notificação.4 5.  |

|  |
| --- |
| **AVISO DE ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE**Qualquer artigo, modelo ou informação fornecidos pela Smartsheet no site são apenas para referência. Embora nos esforcemos para manter as informações atualizadas e corretas, não fornecemos garantia de qualquer natureza, seja explícita ou implícita, a respeito da integridade, precisão, confiabilidade, adequação ou disponibilidade do site ou das informações, artigos, modelos ou gráficos contidos no site. Portanto, toda confiança que você depositar nessas informações será estritamente por sua própria conta e risco. |