**INCIDENTE DE SAÚDE E SEGURANÇA **

**FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO**

INSTRUÇÕES Preencha este formulário imediatamente após um incidente relacionado ao trabalho e envie-o para:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| NOTIFICADO POR | DEPARTAMENTO |
|  |  |
| TELEFONE | E-MAIL |
|  |  |

DETALHES DO INCIDENTE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LOCALIZAÇÃO | DATA DO INCIDENTE | HORA |
|  |  |  |
| TIPO DE INCIDENTE *selecionar uma opção* |
|  | ACIDENTE |  | INCIDENTE |  | QUASE ACIDENTE |
|  | VIOLÊNCIA |  | ENFERMIDADE |  | SEGURANÇA |
| DESCRIÇÃO DO INCIDENTE Informe todos os detalhes que possam ter contribuído para o incidente. Anexar informações adicionais conforme necessário  |
|  |
| DESCRIÇÃO DO RESULTADODetalhe todos os danos/efeitos na saúde/riscos.  |
|  |
| MEDIDAS CORRETIVASDescreva as medidas corretivas para solucionar os riscos imediatos relacionados ao incidente.  |
|  |

INDIVÍDUO AFETADO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME | ID DO FUNCIONÁRIO | DATA DE NASCIMENTO |
|  |  |  |
| POSIÇÃO Cargo ou designação, ou seja, visitante, prestador de serviços, etc.  |
|  |
| TELEFONE COMERCIAL | E-MAIL COMERCIAL |
|  |  |
| TELEFONE PESSOAL | E-MAIL PESSOAL |
|  |  |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL |
|  |
| NOME DO EMPREGADOR Se o indivíduo afetado não for funcionário | TELEFONE DO EMPREGADOR |
|  |  |
| ENDEREÇO DO EMPREGADOR |
|  |

DETALHES DAS TESTEMUNHAS

|  |  |
| --- | --- |
| NOME | INFORMAÇÕES DE CONTATO |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

PRIMEIROS SOCORROS

PRIMEIROS SOCORROS ADMINISTRADOS?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | SIM |  | ADMINISTRADO POR |  |
|  | NÃO |  | INFORMAÇÕES DE CONTATO |  |
|  | N/A |  | TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO |  |
| DETALHES DOS PRIMEIROS SOCORROS ADMINISTRADOS |
|  |

PÓS-INCIDENTE

|  |
| --- |
| PARA ONDE O INDIVÍDUO AFETADO FOI EM SEGUIDA? *selecionar uma opção* |
|  | PARA O HOSPITAL |  | CASA |  | VOLTOU AO TRABALHO |  | OUTROS |
| EXPLICAÇÃO/MAIS DETALHES SE "OUTROS" |
|  |

Algum membro da comissão conjunta de saúde e segurança foi notificado sobre o incidente?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | SIM |  | INDIVÍDUO CONTATADO |  |
|  | NÃO |  | INFORMAÇÕES DE CONTATO |  |

NOTAS ADICIONAIS

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **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. |