



A- Identificação da Instituição de Atendimento					
1) Unidade de Atendimento: 1 - HMGV 2- SAMU 3- UPA		2) Data:			
B- Identificação do Trabalhador Acidentado	3) Nome Completo:		4) Data de Nascimento:		
	5) Nome da Mãe:				
	6) Estado Civil: 1- Solteiro 2- Casado 3- Divorciado 4- Viúvo 5- Outros 6- Ignorado				
	7) Sexo: 1- Feminino 2- Masculino	8) Ocupação:			
	9) Instituição de Trabalho:				
	10) Município:		11) Horário Turno de Trabalho:		
	12) Setor de Trabalho:		13) Telefone para Contato:		
	14) Relação de Emprego: 1- CLT 2- RPA 3- Funcionário Municipal 4- Contrato Determinado 5- Estatutário 6- Outros. Quais?				
C- Dados do Acidente	15) Local do Agravo: 1- Hospital 2- Via Pública 3- Outro. Qual?				
	16) Setor (do local de trabalho) onde ocorreu o agravo:				
	17) Registro Policial: 1- Sim (anexar cópia) 2- Não	18) Comunicação de Óbito: 2- Não	19) Data do Óbito:		
	20) Descrição do Acidente:				
	21) Parte do Corpo Afetado:				
	22) Data do Acidente:	23) Hora do Acidente:	24) Após quantas horas de trabalho?		
	25) Exposição ocupacional com material de risco biológico:		1- Sim, campo "D" Obrigatório.	2- Não	
	26) Acidente de Trajeto:		1- Sim, campo "E" Obrigatório.	2- Não	
D- Exposição Ocupacional com Material Biológico	27) Tipo de Exposição: 1- Percutânea 2- Mucosa 3- Pele	28) Tipo de Material: 1- Sangue 2- Secreção 3- Outro. Qual?	29) Situação causadora do agravo: 1- Recapeamento 4- Manuseio de paciente 2- Administração de medicamentos 5- Manuseio de resíduo 3- Manuseio de material cirúrgico 6- Outro. Qual?		
	Paciente-Fonte	30) Paciente-Fonte Conhecido: 1- Sim 2- Não		31) Identificação do Paciente-Fonte:	
		32) Quarto/Leito:	33) Teste Rápido Paciente-Fonte: 1- Realizado 2- Não Realizado		
	Trabalhador Acidentado	34) Teste Rápido Trabalhador Acidentado: 1-Realizado 2- Não Realizado			36) Profilaxia Prescrita: 1- Sim (AZT + 3TC + LPV/r) 2- Não
		35) Data da coleta após o acidente:		Conduta Médica	



36) Responsável pelo Preenchimento dos Campos A, B, C, D e E:		39) Assinatura e Carimbo:	
37) Cargo/Função:		38) Telefone/Ramal:	
E- Acidente de Trajeto	Acidente de trajeto, especificar o local e/ou endereço completo.		
	40) Endereço do Trabalhador (Rua/Avenida/nº/Complemento):		
	41) Bairro:	42) Município:	43) Estado:
	44) CEP:	45) Área: 1- Urbana 2- Rural	46) Último dia de trabalho:
Testemunha A	47) Nome Testemunha:		
	48) Endereço (Rua/Avenida/nº/Complemento):		49) Telefone:
	50) Bairro:	51) Município:	52) CEP: 53) Estado:
Testemunha B	54) Nome Testemunha:		
	55) Endereço (Rua/Avenida/nº/Complemento):		56) Telefone:
	57) Bairro:	58) Município:	59) CEP: 60) Estado:
F- Avaliação Médica	Unidade:	Data Atend:	
	Hora Atend:	Houve Internação:	
	Deverá o acidentado afastar-se durante tratamento?		
	Natureza Lesão:		
	CID-10:		
	Observações:	CRM:	
Notas:			
1- A inexatidão das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal. 2- A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa, na forma prevista no artigo 22 da Lei nº 8.213/91.			
A comunicação do acidente é obrigatória, mesmo no caso em que não haja afastamento do trabalho.			

SI ST – SI STEMA DE I NFORMAÇÕES EM SAÚDE DO TRABALHADOR
 RINA - RELATÓRIO I NDI VI DUAL DE NOTI FI CAÇÃO DE AGRAVO
 Versão 2011.11

RINA nº

Nº cartão SUS:

A - Identificação do trabalhador

1 – Nome:		2 - Data de nascimento:	3-Idade:
4 – Sexo: 1-masculino 2-feminino	5 – Raça/cor: 1-branca 2- negra 3-amarela 4-parda 5-indígena 6-ignorado	6 – Escolaridade:	
7 - Endereço residencial:		8 – Município:	9 – UF:
10 – Relação de trabalho: 1-CLT 2- funcionário público municipal 3-funcionário público estadual 4-funcionário público federal 5-desempregado 6-autônomo prestando serviço a empresa 7-autônomo não prestando serviço a empresa 8-empregador 9-trabalhador doméstico formal 8-trabalhador informal 9-trabalhador do lar 10-estagiário 11-cooperativado 12-outra: 13-ignorado			
11 - Ocupação atual:		12 – Tempo ocupação: anos meses	

B - Identificação do empregador, contratante ou do local de trabalho

13 – Empresa (ou empregador): Fundação de Saúde Sapucaia do Sul	
14 – Se terceirizado, local onde exerce sua atividade: XXXXX	
15 – Ramo de atividade do local onde trabalha: Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para urgências	
16 – Município onde trabalha: Sapucaia do Sul	17 - UF: RS

C - Descrição do local de atendimento

18 – Município de atendimento: Sapucaia do Sul	19 – UF: RS	20 – Serviço de Atendimento: Unidade de Pronto Atendimento - UPA
21 – Categoria do serviço: 1-Centro Especializado ou Odontológico (exceto saúde do trabalhador) 2-Centro Especializado em Saúde do Trabalhador 3-Centro de Saúde ou Clínica Médica 4-Hospital 5-Profissional autônomo 6-Pronto Socorro / Emergências 7-Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho 8-Sindicato 9-Unidade Básica de Saúde / Posto de Saúde 10-Unidade Móvel 11-Instituto Médico Legal		22 – Data do atendimento:

D - Descrição do agravo:

23 –Tipo de agravo: 1-Acidente de trabalho grave, 2-Exposição a Material Biológico, 3-Outros Acidentes de Trabalho, 4-Câncer Relacionado ao Trabalho, 5-Dermatoses Ocupacionais, 6-LER/DORT, 7-PAIR, 8-Pneumoconiose, 9-Transtorno Mental, 10-Outras doenças.		
24 – Se acidente, informe: data: / / local: 1- no trajeto 2-no local de trabalho 3- ignorado		
25 – Setor onde ocorreu o agravo:	26 – Zona: 1-urbana 2-rural	27 – Situação causadora do agravo:
28 – Diagnóstico principal:		29 – Diagnóstico secundário (1):
30 – Diagnóstico secundário (2):		31 – Relação do agravo com o trabalho: 1-confirmada 2-provável 3-pendente ou indefinida 4-descartada
32 – Desfecho ou conclusão: 1-alta 2-acompanhamento ambulatorial 3-acompanhamento especializado 4-cura com sequelas 5-internação 6-óbito 7-alta a pedido 8-evasão (fuga) 9-outro:		
33 – Comentário		

E – Informações finais

34 - Nome do responsável pela notificação:	35 – Registro profissional:	36 – Função:
--	-----------------------------	--------------