




Faculdade de Engenharia de Alimentos

CIPA Setorial FEA
Gestão 2014/2015


 FICHA DE ANÁLISE E INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTES EM UNIDADE DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO		
FICHA CIPA-FEA Nº _____ / _____		
<input type="checkbox"/> Acidente sem lesão e com dano material	<input type="checkbox"/> Acidente com lesão e sem dano material	
<input type="checkbox"/> Acidente sem afastamento	<input type="checkbox"/> Acidente com afastamento	<input type="checkbox"/> Fatal
1. Dados do formulário		
Comunicado por: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____ Função: _____ Ramal: _____		
2. Dados de Identificação da(s) Pessoa(s) Envolvida(s) no Acidente		
<input type="checkbox"/> Funcionário(s) <input type="checkbox"/> Aluno(s) de Graduação <input type="checkbox"/> Aluno(s) de Pós-Graduação <input type="checkbox"/> Professor(es)		
Nome completo: _____		
Data de ingresso: ____/____/____		
Função: _____		
Local das Atividades: _____		
Há quanto tempo exerce suas atividades neste local: _____		
Já sofreu outros acidentes Anteriores? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Em caso afirmativo, quantos e quando: _____		
3. Dados Sobre o Acidente		
<input type="checkbox"/> Em Serviço <input type="checkbox"/> De Trajeto <input type="checkbox"/> Incidente em Serviço <input type="checkbox"/> Equipamento <input type="checkbox"/> Instrumento		
<input type="checkbox"/> Eletrodoméstico <input type="checkbox"/> Escada portátil <input type="checkbox"/> Veículo <input type="checkbox"/> *Outros _____		
Data: ____/____/____ Hora: _____ Local do Acidente: _____		
Houve afastamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Após quantas horas de trabalho (Funcionário/Professor)? _____		
Parte(s) do corpo atingida(s): _____		
Hospital onde foi atendido: _____		
Houve registro policial? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Houve Morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Agente causador: _____		
Descrição da situação geradora do acidente ou doença: _____		

Nome da testemunha 01: _____		
Nome da testemunha 02: _____		
Informações do superior hierárquico do acidentado sobre o acidente: _____		



Faculdade de Engenharia de Alimentos

CIPA Setorial FEA
Gestão 2014/2015

 FICHA DE ANÁLISE E INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTES EM UNIDADE DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO		
3.1. Fator		
Fator pessoal:		
<input type="checkbox"/> Aumento de ganho de produtividade <input type="checkbox"/> Calçado impróprio <input type="checkbox"/> Carregar de maneira insegura <input type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/> Deficiência física <input type="checkbox"/> Deficiência mental ou nervosa <input type="checkbox"/> Distrair, brincar <input type="checkbox"/> Sobrecarga de trabalho	<input type="checkbox"/> Equipamento impróprio <input type="checkbox"/> Falta do uso de EPI <input type="checkbox"/> Falta de reflexão <input type="checkbox"/> Falta de treinamento <input type="checkbox"/> Uso de ferramenta com defeito <input type="checkbox"/> Imprudência <input type="checkbox"/> Ignorância <input type="checkbox"/> Imperícia	<input type="checkbox"/> Indisciplina <input type="checkbox"/> Operar máq./equipamento sem autorização <input type="checkbox"/> Posição/postura inadequada <input type="checkbox"/> Anular sistemas de proteção <input type="checkbox"/> Excesso de velocidade <input type="checkbox"/> Vestuário impróprio <input type="checkbox"/> Correria para atingir meta ou índice de produtividade <input type="checkbox"/> *Outros
Fator ambiental:		Acidente tipo:
<input type="checkbox"/> Agente com defeito <input type="checkbox"/> Agente com proteção defeituosa <input type="checkbox"/> Agente sem proteção <input type="checkbox"/> EPI inadequado <input type="checkbox"/> Falta de EPI	<input type="checkbox"/> Falta de limpeza <input type="checkbox"/> Falta de treinamento <input type="checkbox"/> Ferramenta inadequada <input type="checkbox"/> Manutenção inadequada <input type="checkbox"/> piso irregular <input type="checkbox"/> *Outros	<input type="checkbox"/> Batida por <input type="checkbox"/> Batida contra <input type="checkbox"/> Contato com eletricidade <input type="checkbox"/> Esforço excessivo <input type="checkbox"/> Mau jeito <input type="checkbox"/> Prensagem entre <input type="checkbox"/> Queda de objetos <input type="checkbox"/> Queda de pessoas <input type="checkbox"/> Queimadura
4. Outros Fatores/Outras Causas do Acidente		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
4. Medidas Propostas		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

Vice-Presidente da CIPA-FEA ou Secretário(a)

Presidente da CIPA-FEA

Término do Afastamento: ___/___/____

Término da Licença Médica: ___/___/____

Dias Debitados: _____

Dias Perdidos: _____