



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

FORMULÁRIO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIAS – RO.

A. DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA

(O quê ocorreu, porquê, quando e onde)

B. IDENTIFICAÇÃO DA OCORRÊNCIA

Data da ocorrência: _____ Hora da Ocorrência: _____ Local da ocorrência: _____

Tipo de Ocorrência:

☐ Incidente com prestador de serviço	Razão social da empresa: _____
☐ Acidente de trabalho com prestador de serviço*	Razão social da empresa: _____
☐ Acidente com Alunos/Público em Geral	
☐ Incidente em Evento	

- No caso de acidente com prestador de serviço, informe nº de horas trabalhadas (no dia do ocorrido) até o horário do acidente: _____
- No caso de acidente com prestador de serviço, usava algum equipamento de proteção individual – EPI: ☐ Não ☐ Sim
Qual: _____

Testemunhas da Ocorrência: ☐ Não ☐ Sim Cite o(s) nome(s): _____

C. INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO DE SAÚDE, NO CASO DE ACIDENTES

Recebeu atendimento de primeiros socorros na UFCSPA? ☐ Não ☐ Sim

Necessitou ser encaminhado ao Hospital? ☐ Não ☐ Sim

Parte do corpo atingida: ☐ Cabeça, exceto os olhos ☐ Olhos ☐ Pescoço

☐ Tronco ☐ Membros inferiores ☐ Membros superiores ☐ Múltiplas partes ☐ Outros: _____

D. IDENTIFICAÇÃO DO(S) ENVOLVIDO(S)

Nome: _____ Idade: _____ RG/CPF: _____

Cargo/Função: _____ Jornada de Trabalho: _____ Fone de contato (celular): _____

E. CONTROLE DA OCORRÊNCIA

Ações imediatas realizadas:

- a. _____
- b. _____
- c. _____

Equipamentos e materiais utilizados para controle/mitigação da ocorrência:

- a. _____

G. RESPONSÁVEL PELO REGISTRO

Nome:

Data:

RG/CPF:

Fone de contato: