



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  
( ) Acidente de trabalho com Prestadores de serviço  
( ) Acidente com Alunos/Público em Geral

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: ( ) Não ( ) Sim Cite o(s) nome(s): \_\_\_\_\_

### C. INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO DE SAUDE, 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:

Este formulário deverá ser encaminhado à Divisão de Engenharia de Segurança - DESEG através do e-mail: [deseg@ufcspa.edu.br](mailto:deseg@ufcspa.edu.br)  
Dúvidas no preenchimento contatar Fone 3303-8909