

ANÁLISE DAS CAUSAS DO ACIDENTE

A- REGIÃO DO CORPO ATINGIDA

- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> A1 - CRÂNIO | <input type="checkbox"/> A4 - BRAÇOS (INCLUSIVE PULSO) | <input type="checkbox"/> A7 - PERNAS (INCLUSIVE TORNOZELO) |
| <input type="checkbox"/> A2 - FACE | <input checked="" type="checkbox"/> A5 - MAOS/DEDO | <input type="checkbox"/> A8 - PE DIREITO / ARTELHOS |
| <input type="checkbox"/> A3 - OLHOS | <input type="checkbox"/> A6 - TRONCO(INCLUSIVE PESCOCO) | <input type="checkbox"/> A9 - FERIMENTOS DIVERSOS, INTOXICAÇÃO, ETC |

B- AGENTE DA LESÃO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> B1 - MÁQUINA (PONTO DE OPERAÇÃO, TRANSMISSÃO, ETC) | <input type="checkbox"/> B13 - PORTAS |
| <input type="checkbox"/> B2 - PEÇA, MATERIAL, ETC | <input type="checkbox"/> B14 - RECIPIENTES DE MATERIAIS |
| <input type="checkbox"/> B3 - CALDEIRA OU OUTRO EQUIPAMENTO SOB PRESSÃO | <input type="checkbox"/> B15 - VEICULOS - PASSAGEIROS, CARGAS, ETC |
| <input type="checkbox"/> B4 - PRODUTOS QUÍMICOS - ÁCIDOS, CÁUSTICOS, GÁS, | <input type="checkbox"/> B16 - PONTES ROLANTES, GUINCHOS, TALHAS, ETC |
| <input type="checkbox"/> B5 - POEIRAS, GASES, VAPORES, NÉVOAS NEBLINAS, FUMOS | <input type="checkbox"/> B17 - ELEVADORES |
| <input type="checkbox"/> B6 - ELETRICIDADE - APARELHOS, INSTALAÇÕES, OUTROS | <input type="checkbox"/> B18 - EQUIPAMENTOS DE SOLDA E CORPO A QUENTE |
| <input type="checkbox"/> B7 - MOTORES ELÉTRICOS, A COMBUSTÃO INTERNA, OUTROS | <input type="checkbox"/> B19 - TEMPERATURAS EXTREMAS |
| <input checked="" type="checkbox"/> B8 - FERRAMENTAS MANUAIS | <input type="checkbox"/> B20 - RADIAÇÕES ULTRAVIOLETAS, INFRAVERMELHA, RAIOS X, RAIOS GAMA, ETC |
| <input type="checkbox"/> B9 - FERRAMENTAS ELÉTRICAS E PNEUMÁTICAS (FURADEIRA) | <input type="checkbox"/> B21 - VENTILADORES, VENTILADORAS, ETC |
| <input type="checkbox"/> B10 - ESCADAS PORTÁTEIS, ANDAIMES E PLATAFORMAS | <input type="checkbox"/> B22 - GASES E VAPOR SOB PRESSÃO |
| <input type="checkbox"/> B11 - PISOS, ESCADAS, CORREDORES, VALETAS, RAMPAS | <input type="checkbox"/> B23 - AR COMPRIMIDO |
| <input type="checkbox"/> B12 - MÓVEIS - MESA, ARMÁRIO, PRATELEIRA, ETC | <input type="checkbox"/> B24 - RUIDO |
| | <input type="checkbox"/> B25 - OUTROS AGENTES |

C- CONDIÇÃO INSEGURA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> C1 - DEFEITO NA MÁQUINA NO EQUIPAMENTO, NA EDIFICAÇÃO | <input type="checkbox"/> C9 - DEFEITO OU MÁS CONDIÇÕES NAS INSTALAÇÕES (GÁS, VAPOR, AR COMPRIMIDO, ÁGUA, ETC) |
| <input type="checkbox"/> C2 - MÁQUINA OU EQUIPAMENTO SEM PROTEÇÃO OU COM PROTEÇÃO INADEQUADA | <input type="checkbox"/> C10 - VEÍCULOS INCOMPLETOS E/OU FALHAS MECÂNICAS |
| <input type="checkbox"/> C3 - MÁ ARRUMACÃO, FALTA DE LIMPEZA OU ESPAÇO, MAU EMPILHAMENTO | <input type="checkbox"/> C11 - FALTA DE SINAL OU AVISO |
| <input type="checkbox"/> C4 - ILUMINAÇÃO INADEQUADA | <input type="checkbox"/> C12 - MÉTODO INSEGURO DE TRABALHO |
| <input type="checkbox"/> C5 - VENTILAÇÃO INADEQUADA | <input type="checkbox"/> C13 - INSUFICIÊNCIA OU FALTA DE INSTRUÇÕES |
| <input type="checkbox"/> C6 - EQUIPAMENTO OU FERRAMENTA INADEQUADA OU EM MAU ESTADO | <input type="checkbox"/> C14 - FALTA DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL OU EPI INADEQUADO |
| <input type="checkbox"/> C7 - PISO INSEGURO (ESCORREGADIO, ESBURACADO, DESNIVELADO, ETC) | <input type="checkbox"/> C15 - OUTROS |
| <input type="checkbox"/> C8 - INSTALAÇÕES ELÉTRICAS DEFEITUOSAS OU EM MAU ESTADO | |

D- ATO INSEGURO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> D1 - NÃO OBSERVAR AVISO OU SINAL | <input type="checkbox"/> D11 - USAR VESTIMENTA IMPROPRIA E/OU OBJETOS |
| <input type="checkbox"/> D2 - NÃO OBSERVAR POR ONDE ANDA | <input checked="" type="checkbox"/> D12 - PERMANECER OU COLOCAR-SE - OU PARTE DO CORPO - EM POSIÇÃO OU LOCAL INSEGURO |
| <input type="checkbox"/> D3 - DEIXAR DE USAR EPI OU USÁ-LO INCORRETAMENTE | <input type="checkbox"/> D13 - TRABALHAR SOBRE MÁQUINA OU EQUIPAMENTO EM MOVIMENTO |
| <input type="checkbox"/> D4 - OPERAR COM VELOCIDADE EXCESSIVA OU SOBRECARGA | <input type="checkbox"/> D14 - DISTRAIR-SE, BRINCAR, ABUSAR DO PERIGO, |
| <input type="checkbox"/> D5 - OPERAR MÁQUINA OU EQUIPAMENTO SEM AUTORIZAÇÃO | <input type="checkbox"/> D15 - CORRER |
| <input type="checkbox"/> D6 - TORNAR INOPERANTE OS DISPOSITIVOS DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> D16 - AJUSTAR, LUBRIFICAR, LIMPAR, ETC, MÁQUINAS EM MOVIMENTO |
| <input type="checkbox"/> D7 - OPERAR SEM DISPOSITIVOS DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> D17 - MANIPULAR, MANUSEAR OU MISTURAR PRODUTOS QUÍMICOS DE MODO IMPRÓPRIO |
| <input type="checkbox"/> D8 - MANUSEAR OBJETOS PESADOS DEMAIS OU DE FORMA INCORRETA | <input type="checkbox"/> D18 - OUTROS |
| <input type="checkbox"/> D9 - DISPOR OU EMPILHAR DE FORMA INSEGURO | |
| <input type="checkbox"/> D10 - USAR FERRAMENTAS OU EQUIPAMENTOS INADEQUADOS, DE MANEIRA INCORRETA OU EM MÁS CONDIÇÕES | |

E- TIPO DE ACIDENTE

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> E1 - BATIDA CONTRA... (OBJETOS, PEÇAS, MATERIAIS, ETC.) | <input type="checkbox"/> E9 - QUEDA DE PESSOA DE UM NÍVEL A OUTRO |
| <input checked="" type="checkbox"/> E2 - ATINGIDO POR... (OBJETOS, PEÇAS, MATERIAIS, PARTÍCULAS VOLANTES, ETC.) | <input type="checkbox"/> E10 - ESFORÇO EXCESSIVO OU INCORRETO |
| <input type="checkbox"/> E3 - PRENSAMENTO ENTRE | <input type="checkbox"/> E11 - EXPLOSÃO |
| <input type="checkbox"/> E4 - ESCORREGAMENTO | <input type="checkbox"/> E12 - EXPOSIÇÃO A TEMPERATURAS EXTREMAS, INCLUEM-SE QUEIMADURAS |
| <input type="checkbox"/> E5 - COLISÃO | <input type="checkbox"/> E13 - CONTATO COM ELETRICIDADE - QUEIMADURAS POR ARCO VOLTAICO |
| <input type="checkbox"/> E6 - ATROPELAMENTO | <input type="checkbox"/> E14 - CONTATO COM PRODUTOS QUÍMICOS - INCLUEM-SE INGESTÃO E INALAÇÃO. |
| <input type="checkbox"/> E7 - QUEDA DE OBJETOS | <input type="checkbox"/> E15 - OUTROS |
| <input type="checkbox"/> E8 - QUEDA DE PESSOA NO MESMO NÍVEL | |

CÓDIGO	REGIÃO DO CORPO ATINGIDA	AGENTE DA LESÃO	CONDIÇÃO INSEGURO	ATO INSEGURO	TIPO DE ACIDENTE	
ANOTAR 1 OU + ITENS SE NECESSÁRIO	A -	B -	C -	D -	E -	

