|  |  |
| --- | --- |
| Brasão República | **MINISTÉRIO DA ECONOMIA**  **Secretaria Especial de Previdência e Trabalho**  **Secretaria do Trabalho**  **Subsecretaria de Inspeção do Trabalho**  **Coordenação-Geral de Segurança e Saúde no Trabalho** |

**COMUNICAÇÃO DE INCIDENTE EM PLATAFORMA – CIP**

NOME DA INSTALAÇÃO: IMO:

TIPO: LOCALIZAÇÃO:

OPERADOR DA INSTALAÇÃO:

CNPJ: ENDEREÇO:

CONTATO: E-MAIL: TELEFONE:

DATA INCIDENTE: HORA: INCIDENTE

TIPO INCIDENTE: (acidente grave/fatal/doença ocupacional/outros)

CRONOLOGIA E DESCRIÇÃO TÉCNICA:

EQUIPAMENTOS/INSTALAÇÕES/PROCESSOS E ATIVIDADES ENVOLVIDAS:

CAUSAS PROVÁVEIS:

MEDIDAS EMERGENCIAIS ADOTADAS:

CONSEQUÊNCIAS PARA A SEGURANÇA E SAÚDE DOS TRABALHADORES:

SITUAÇÃO ATUAL DA OPERAÇÃO:

QUANTIDADE, GÊNERO, IDADE E FUNÇÃO ACIDENTADOS (SE HOUVER):

DEMAIS AUTORIDADES COMUNICADAS:

Data e Hora da Comunicação:

Nome completo do empregador ou preposto responsável pela informação: