

**ANEXO V - RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE DE ACIDENTE DO TRABALHO  
COM EMPREGADO CONTRATADO**

PARCEIRA: \_\_\_\_\_ Nº TERMO: \_\_\_\_\_

**1-IDENTIFICAÇÃO DOS COMPONENTES DA COMISSÃO:**

NOME: \_\_\_\_\_

EMPRESA: \_\_\_\_\_

CARGO OU FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

**2-IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTADO**

NOME: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO COMPLETO: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ Nº DE DEPENDENTES: \_\_\_\_\_

FUNÇÃO: \_\_\_\_\_ TEMPO NA FUNÇÃO: \_\_\_\_\_ TEMPO NA EMPRESA: \_\_\_\_\_

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_

TREINAMENTO (S) RECEBIDO (S): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_LESÃO(ES) SOFRIDA (S): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TEMPO PREVISTO DE AFASTAMENTO: \_\_\_\_\_

**3-IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE**

DATA: \_\_\_\_\_ DIA DA SEMANA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ LOCAL: \_\_\_\_\_

TAREFA: \_\_\_\_\_

ÓRGÃO GESTOR-CONTRATANTE: \_\_\_\_\_

TIPO DE ACIDENTE: \_\_\_\_\_

DESCRIÇÃO DETALHADA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

COMPONENTES DA EQUIPE:

NOME:

\_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ TEMPO NA FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

TEMPO NA EMPRESA: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_

TREINAMENTOS RECEBIDOS: \_\_\_\_\_

**4-CAUSAS APURADAS:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5-DEMAIS**

**CONSEQUÊNCIAS:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6-CONCLUSÕES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**7-MEDIDAS PROPOSTAS:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**8-PLANO DE AÇÃO COM PRAZOS E RESPONSÁVEIS:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA:

ASSINATURAS DE TODOS OS COMPONENTES DA COMISSÃO

\_\_\_\_\_

NOME

\_\_\_\_\_

NOME:

**ANEXO VI - RELATÓRIO MENSAL DE ACIDENTES DO TRABALHO E HORAS TRABALHADAS**

PARCEIRA: \_\_\_\_\_

CÓDIGO FORNECEDOR: \_\_\_\_\_ Nº TERMO: \_\_\_\_\_

REFERÊNCIA (MÊS/ANO): \_\_\_\_\_

Nº DE EMPREGADOS ALOCADOS NESTE CONTRATO: \_\_\_\_\_

TOTAL DE HORAS TRABALHADAS NO MÊS: \_\_\_\_\_ SENDO: NORMAIS: \_\_\_\_\_  
EXTRAS: \_\_\_\_\_ASSINALAR NO QUADRADO **SE NÃO HOUE ACIDENTES NO MÊS:** 

PREENCHER O RELATÓRIO ABAIXO NO CASO DE ACIDENTES INDEPENDENTE DE SUA GRAVIDADE.

| DATA | LOCAL | NOME (S) DO(S)<br>ACIDENTADO(S) | LESÃO(ES) | CONSTITUIU<br>COMISSÃO |     |
|------|-------|---------------------------------|-----------|------------------------|-----|
|      |       |                                 |           | SIM                    | NÃO |
|      |       |                                 |           |                        |     |
|      |       |                                 |           |                        |     |
|      |       |                                 |           |                        |     |
|      |       |                                 |           |                        |     |
|      |       |                                 |           |                        |     |
|      |       |                                 |           |                        |     |

DATA:

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA

## ANEXO VII – COMUNICAÇÃO DE INCIDENTE DE SAÚDE E SEGURANÇA – CIS

Comunicação de Incidente de  
Saúde e Segurança - CIS

Nº SMART:

|                           |                               |       |                            |                       |                         |                       |
|---------------------------|-------------------------------|-------|----------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| Dados Acidente            | Data:                         | Hora: | Prédio:                    | Unid. Organizacional: | Diretoria:              |                       |
|                           | Local:                        |       |                            | Cidade:               |                         |                       |
|                           | Descrição Acidente:           |       |                            |                       |                         |                       |
| Com Empregado/Empreiteira | Nº de Pessoal:                |       | Nome Empregado:            |                       |                         |                       |
|                           | Cód. Empreiteira:             |       | Nome Empreiteira:          |                       |                         |                       |
|                           | Nome Acidentado Empreiteira:  |       |                            | Unid. Organizacional: | Função:                 |                       |
|                           | Descrição da Lesão:           |       |                            |                       |                         |                       |
|                           | Dias Perdidos:                |       | Dias Debitados:            |                       | Custo:                  |                       |
|                           | Tipo Acidente:                |       | Atividade:                 |                       | Tipo Atividade:         |                       |
|                           | Natureza:                     |       | Conseqüência Lesão:        |                       | Função GRIDIS:          |                       |
|                           | Espécie Acid. Impessoal – 10: |       | Tipo Acid. Pessoal – 20:   |                       | Agente Acidente – 30:   |                       |
|                           | Fonte Lesão – 35:             |       | Fator Pessoal Inseg. – 40: |                       | Ato Inseguro – 50:      |                       |
|                           | Cond. Ambiental Inseg. – 60:  |       | Natureza Lesão – 70:       |                       | Localização Lesão – 75: |                       |
| Prej. Material – 80:      |                               |       |                            |                       |                         |                       |
| Com Veículos              | Nº Pessoal Condutor:          |       | Nome Empregado:            |                       |                         |                       |
|                           | Nº Veículo:                   |       | Zona:                      | Natureza:             | Custo:                  |                       |
|                           | Cond. Credenciado:            |       |                            | Ação Condutor:        |                         |                       |
| Com Prest. Serviços       | Nome:                         |       |                            | Idade:                | Unid. Organizacional:   |                       |
|                           | Descrição Lesão:              |       |                            |                       |                         |                       |
|                           | Atividade:                    |       | Natureza:                  |                       | Custo:                  |                       |
| Com Estagiários           | Nº Pessoal:                   |       | Nome Estagiário:           |                       |                         |                       |
|                           | Descrição Lesão:              |       |                            |                       |                         |                       |
|                           | Atividade:                    |       | Natureza:                  |                       | Custo:                  |                       |
| Com Terceiros             | Nome                          |       |                            | Sexo                  | Idade                   | Unid. Organizacional: |
|                           | Agente Causador               |       | Tipo Acidente              |                       | Cond. Amb. Inseguro:    |                       |
|                           | Atividade:                    |       | Causa:                     |                       | Lesão:                  |                       |
|                           | Nível Tensão:                 |       | Natureza:                  |                       | Custo:                  |                       |
| Sem Vítimas               | Unid. Organizacional:         |       | Área Ocorrência:           |                       | Custo:                  |                       |
|                           | Material Danificado:          |       |                            |                       |                         |                       |

Preparado por:

Nº de Pessoal:

Aprovado por:

Nº de Pessoal:

---

## **ANEXO VIII - DOCUMENTOS A SEREM OBRIGATORIAMENTE APRESENTADOS PARA LIBERAÇÃO DOS PAGAMENTOS E INSTRUÇÕES PARA A EMISSÃO DAS NOTAS FISCAIS/FATURAS**

Conforme termos constantes do Termo de Fomento, para a liberação dos pagamentos, a PARCEIRA deverá, obrigatoriamente, apresentar os seguintes documentos, quando aplicáveis:

### **1. Serviços prestadas nas dependências da Tomadora:**

- 1.1. Cópia autenticada da guia de arrecadação, devidamente quitada, comprobatória do recolhimento do ISS relativo à nota fiscal anterior, perante o município da prestação do serviço, ou o da sede da PARCEIRA, conforme o caso, ou retenção na fonte, pela CEMIG D, observada a legislação municipal específica;
  - 1.1.1. Em se tratando de prestação de serviços no município de Belo Horizonte, a CEIG D fará a retenção na fonte, de acordo com a Lei Municipal nº 8.725, de 30/12/2003, devendo ser observado o item 2 das Instruções para Emissão das Notas Fiscais/Faturas;
- 1.2. Cópia da quitação da Guia de Recolhimento ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço e Informações à Previdência Social – GFIP, com a respectiva folha de pagamento, e o comprovante de entrega;
- 1.3. Apólice de seguro contra acidente (no primeiro faturamento), e sucessivamente os comprovantes de pagamentos das parcelas, quando for o caso;
- 1.4. Relatório Mensal de Acidentes do Trabalho e Horas Trabalhadas, anexo do contrato, devidamente preenchido, havendo ou não acidentes no mês;
- 1.5. Relatório de Investigação e Análise de Acidente do Trabalho com Empregado Contratado e a Comunicação de Incidente de Saúde e Segurança - CIS, anexos do contrato, devidamente preenchido, quando ocorrer acidente grave ou fatal;

### **2. Para obras e serviços de engenharia:**

- 2.1. No prazo de 30 (trinta) dias a contar do início da obra, a PARCEIRA deverá providenciar a matrícula CEI, junto ao INSS. A liberação do primeiro pagamento estará condicionada à apresentação, pela PARCEIRA, do comprovante dessa matrícula.
- 2.2. Como condição para o recebimento do último pagamento, a PARCEIRA deverá apresentar a CND específica de averbação da obra em imóvel, que corresponde à baixa da matrícula CEI no INSS.
  - 2.2.1. Nos casos em que a emissão da CND referida no item anterior não for efetuada de imediato pelo INSS, ficando condicionada a uma fiscalização futura por parte daquela Autarquia, a PARCEIRA deverá apresentar:
    - 2.2.1.1. Comprovação de solicitação de baixa do CEI através do formulário DISO;

2.2.1.2. Guia GFIP preenchida com o código 906, com o comprovante de entrega;

2.2.1.3. Declaração firmada por seu representante legal constando que, caso a fiscalização do INSS constate qualquer pagamento não efetuado, a pendência será imediatamente regularizada pela PARCEIRA.

2.2.2. Até a apresentação da CND não serão emitidos o Termo de Quitação Final e o Atestado de Capacidade Técnica.

2.2.3. Outros, quando aplicável.

### **3. Transporte municipal e intermunicipal**

3.1. Apresentar comprovante de inscrição na Secretaria da fazenda para recolhimento do ICMS.

3.2. Comprovação de recolhimento, conforme legislação vigente, do Imposto Sobre Circulação de Mercadoria - ICMS.

3.3. Apresentar no prazo de 5 (cinco) dias após a assinatura do contrato, a comprovação da Anotação de Responsabilidade Técnica - ART dos serviços objeto do contrato, no Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia - CREA, em cuja jurisdição for exercida a atividade, de acordo com o disposto na Lei nº 6.496, de 07/12/77 e Resolução nº 425, de 18/12/98, do CONFEA.

3.4. Outros, quando aplicável.

### **4. INSTRUÇÕES PARA EMISSÃO DAS NOTAS FISCAIS/FATURAS**

4.1. Observar as regras previstas na Instrução Normativa RFB 1701, de 14 de março de 2017.

4.2. Destacar o ISS nos termos da legislação específica do município da prestação dos serviços, ou do da sede da PARCEIRA, conforme o caso, em se tratando de retenção, na fonte, pela CEMIG D.

4.2.1. Recolher o ISS para cada município onde houver prestação dos serviços e discriminar na nota fiscal/fatura a quantidade de serviços prestados em cada município, bem como a respectiva alíquota ou emitir separadamente as notas fiscais/faturas para cada município onde houver prestação dos serviços.

4.3. Tratando-se de prestação de serviços em áreas insalubres e perigosas, deverá ser emitida nota fiscal/fatura específica destacando-se a base de cálculo para aplicação do percentual adicional da retenção relativa aos segurados envolvidos, nos termos da Instrução Normativa RFB Nº 971, de 13 de novembro de 2009, publicada no DOU de 17 de novembro de 2009;

4.4. Indicar o número do contrato e a descrição do evento a que corresponder o pagamento;

4.5. A nota fiscal/fatura deve ser apresentada, impreterivelmente, até o vigésimo dia do mês da execução dos serviços, sob pena de, não o fazendo, a PARCEIRA arcar com os ônus

decorrentes de multas incidentes pelo não-recolhimento, pela CEMIG D, na data aprazada, da retenção para a Seguridade Social.

- 4.6. Destacar o ICMS nos termos da legislação específica, conforme previsto no RICMS - Decreto nº 43.080 de 2002;
- 4.7. Tratando-se de prestação de serviços no município de Belo Horizonte, destacar o ISS, que será retido e recolhido pela CEMIG D, nos termos da Lei nº 8.725, de 30/12/2003;
- 4.8. Destacar a retenção para a Seguridade Social, nos termos da Instrução Normativa RFB Nº 971, de 13 de novembro de 2009, publicada no DOU de 17 de novembro de 2009;