

## COMUNICADO ACIDENTE DO TRABALHO / SERVIDOR PÚBLICO

### DEFINIÇÃO DO DOCUMENTO:

É o documento para relatar todo acidente ocorrido com servidor a serviço do IFSULDEMINAS.

### ACIDENTE

#### DEFINIÇÃO:

Entende-se por acidente, qualquer lesão causada ao servidor, na realização de atividades para o IFSULDEMINAS, sendo estas dentro do local de trabalho, dentro de seu horário de trabalho; Podendo ser caracterizados acidente em serviço também, a lesão que mesmo fora do horário de trabalho e fora do local de trabalho, desde que a serviço do IFSULDEMINAS;

### EMIÇÃO DA CAT/SP

“Deve ser registrado todo e qualquer acidente em serviço que provoque ou não lesão no servidor, havendo ou não afastamento de suas atividades, obrigatoriamente deve ser registrado, mediante preenchimento de formulário da CAT/SP, para que sejam resguardados os direitos do servidor acidentado em serviço, além de possibilitar a análise das condições em que ocorreu o acidente e a intervenção de forma a reduzir, ou mesmo impedir novos casos.” (Manual SIASS, 2017 versão 28 abr.)

### FLUXO

1	Todo e qualquer acidente deve ser comunicado imediatamente ao superior imediato, pelo acidentado se for o caso ou por quem presenciar ou tiver em condições de fazê-lo e tomada as providências imediatas para minimizar o dano causado ao acidentado
2	O formulário deverá ser utilizado sempre que ocorrer um acidente e preenchido: Pelo próprio servidor; Pela chefia imediata; Pela segurança do trabalho, onde houver; Por membro da família do servidor; Por perito oficial em saúde; Por testemunha do acidente; Caso a CAT/SP não tenha sido preenchida, o profissional de RH ou de saúde que primeiro atender o servidor ficará responsável pelo seu preenchimento.
3	Deverá ser comunicado à Unidade SIASS ou serviço de saúde do servidor, ou, na inexistência destes, para a unidade de recursos humanos à qual o servidor estiver vinculado. No caso de doença ocupacional o nexo causal será estabelecido pelo perito oficial em saúde. Quando necessário, o perito oficial em saúde encaminhará a CAT/SP para análise da equipe de vigilância de ambiente e processos de trabalho, que emitirá parecer para subsidiar a conclusão do nexo causal.
4	Solicitado análise do acidente / ocorrência para a segurança do trabalho do IFSULDEMINAS: 35-3449-6180;
5	Cabe a equipe de promoção à saúde e vigilância dos ambientes e processos de trabalho orientar e promover as intervenções necessárias no ambiente de trabalho do servidor onde ocorreu o acidente. <ol style="list-style-type: none"><li>1. Após análise e encaminhamentos necessários com o objetivo de reduzir e ou repetir a mesma ocorrência e ou casos similares – Análise de ocorrências;</li></ol>
6	Deverá ser arquivado na reitoria para publicação de estatísticas e relatórios de melhorias.
7	“O servidor acidentado em serviço, que necessite de tratamento especializado que não exista

em instituição pública, poderá ser tratado em instituição privada, à custa de recursos públicos, desde que seja constatada a necessidade por junta oficial em saúde (art. 213 da Lei nº 8.112, de 1990). O referido tratamento é considerado medida de exceção.”
--

Referências: Manual SIASS 3ª ed. – Versão 28 abr. 2017 – VM 2017 07 11.

## **ORIENTAÇÃO LEGENDA**

- 1 – Informar o nome completo do servidor sem reduções.
  - 2 – Informar o número da matrícula do SIAPE do servidor.
  - 3 – Informar se o emitente é: o próprio servidor, à chefia imediata, família, sindicato ou autoridade pública.
  - 4 – Informar a data de admissão do servidor no serviço público.
  - 5 – Informar se o acidente é: típico, de trajeto ou doença ocupacional/profissional.
  - 6 – Informar o órgão ou entidade onde o servidor sofreu o acidente – no caso de típico ou doença. Trajeto, favor desconsiderar o item.
  - 7 – Idem 2 Solicitação de Readaptação – no caso de trajeto desconsiderar o item.
  - 8 – Informar o CNAE em função da principal atividade desenvolvida pelo órgão ou entidade.
  - 9 – Informar a cidade de ocorrência do acidente.
  - 10 – Idem 6 da Convocação do Servidor.
  - 11 – Informar o código SIAPE de lotação do servidor.
  - 12 – Informar se o servidor é: estatutário, celetista, cedido e/ou requisitado.
  - 13 – Informar: se é masculino ou feminino.
  - 14 – Idem 4 do Requerimento para Seguridade Social.
  - 15 – Enquadramento de atividade desenvolvida pelo servidor junto a Classificação Brasileira de Ocupações.
  - 16 – Idem 1
  - 17 – Informar se o servidor recebe algum destes adicionais.
  - 18 – Informar a data do acidente.
  - 19 – Informar a hora do acidente – no caso de acidente típico.
  - 20 – Informar quantas horas após iniciar o serviço ocorreu o acidente. No caso de acidente típico, trajeto e doença desconsiderar o item.
  - 21 – Informar qual o último dia efetivamente trabalhado pelo servidor, mesmo que parcialmente.
  - 22 – Informar as características do acidente: se provocou ou não afastamento das atividades laborais, se causou lesão física aparente, ou se provocou óbito do servidor.
  - 23 – Informar se teve ou não testemunhas, quando da ocorrência do acidente.
  - 24 – Informar a parte do corpo atingida no acidente.
  - 25 – Descrever de forma sucinta o acidente.
- OBSERVAÇÃO:** Os itens de 26 a 30 deverão ser preenchidos pela equipe de Vigilância à Saúde do Servidor.
- 26 – Informar se a equipe foi ao local do acidente – Acidente de trajeto consignar. Não se aplica.
  - 27 – Informar se existe Laudo de Avaliação Ambiental, no caso de acidente de trajeto consignar. Não se aplica.
  - 27.1 – Se não existe laudo, informar de forma preliminar os riscos identificados no ambiente de ocorrência do acidente.
  - 28 – Informar se o ambiente de trabalho pode ter “ajudado” (concausa) a ocorrência do acidente.
  - 29 – Informar se o acidente pode ser considerado como acidente em serviço.
  - 30 – Informar se é necessário o encaminhamento para o serviço médico.
  - 31 – Consignar as recomendações necessárias para que causas semelhantes não ocorram. (Anexar as recomendações caso o espaço seja exigido).

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Secretaria de Recursos Humanos Departamento de Relações de Trabalho Coordenação Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor			<b>COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE EM SERVIÇO /SP</b>	
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>				
1. Nome do Servidor:			2. Matrícula SIAPE	
3. Emitente:	4. Data de Admissão		5. Tipo de Acidente	
6. Órgão ou Entidade na qual ocorreu o acidente:			7. Código SIAPE	8. CNAE
9. Cidade	10. Lotação Funcional	11. Código lotação	12. Categoria	13. Sexo:
14. Cargo / função / emprego:		15. CBO:	16. Nome da Chefia Imediata:	
17. Recebe: <input type="checkbox"/> Insalubridade / <input type="checkbox"/> Periculosidade / <input type="checkbox"/> Irradiação Ionizante / <input type="checkbox"/> Gratificação de Raios-X / <input type="checkbox"/> Não.				
18. Data do acidente ____/____/20____		19. Horário do Acidente: ____:____	20. após quantas horas trabalhadas? ____:____	
21. último dia trabalhado ____/____/20____		22. Característica do acidente : <input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> Não / <input type="checkbox"/> com afastamento / <input type="checkbox"/> sem afastamento / <input type="checkbox"/> com lesão / <input type="checkbox"/> sem lesão <input type="checkbox"/> com óbito		23. Teve Testemunhas: <input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> Não
24. Parte(s) do corpo atingida(s): <input type="checkbox"/> cabeça (exceto olhos) / <input type="checkbox"/> olhos / <input type="checkbox"/> tronco frente / <input type="checkbox"/> tronco costa / <input type="checkbox"/> Membros superiores (exceto mãos) / <input type="checkbox"/> mãos / <input type="checkbox"/> membros inferiores (exceto pés) / <input type="checkbox"/> pés / <input type="checkbox"/> aparelho respiratório / <input type="checkbox"/> outros sistemas e aparelhos / <input type="checkbox"/> múltiplas partes.				
25. Descrição do acidente (preenchimento obrigatório)				
Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas.  Assinatura Do emitente			Chefia imediata, ciência.  Assinatura da chefia (matrícula SIAPE)	
<b>EQUIPE DE VIGILÂNCIA À SAÚDE DO SERVIDOR – CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE</b>				
26. Foi realizada perícia no local do acidente: <input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> Não				
27. Existe Laudo de avaliação ambiental: <input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> Não				
<b>27.1 Se não, uma avaliação preliminar constata:</b> <b>27.1.1. físico:</b> <input type="checkbox"/> ruído contínuo / <input type="checkbox"/> ruído de impacto / <input type="checkbox"/> calor / <input type="checkbox"/> frio / <input type="checkbox"/> umidade / <input type="checkbox"/> radiação ionizante / <input type="checkbox"/> ar comprimido / <input type="checkbox"/> radiações não ionizantes / <input type="checkbox"/> vibrações; <b>27.1.2. químico:</b> <input type="checkbox"/> agentes químicos / <input type="checkbox"/> aerodispersóides / <input type="checkbox"/> atividades e operações com agentes químicos; <b>27.1.3. biológico:</b> <input type="checkbox"/> sim; 27.1.4. Mecânico: <input type="checkbox"/> sim. <b>27.1.5. ergonômico:</b> <input type="checkbox"/> iluminação / <input type="checkbox"/> mobiliário / <input type="checkbox"/> organização do trabalho				
28. O ambiente pode ter sido fator para a ocorrência do acidente em serviço: <input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> Não				
29. É caracterizado como acidente em serviço: <input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> Não		30. Encaminhar para o Serviço médico e de perícia: <input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> Não		
31. Recomendações: (anexar)				
30. Local e Data		<b>Encaminhe-se a Unidade / órgão / entidade</b> Em ____/____/_____  _____ Assinatura e matrícula SIAPE do Responsável pela Equipe de Vigilância à saúde		