



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
Secretaria de Recursos Humanos
Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor – DESAP
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor - SIASS

**COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO NO SERVIÇO PÚBLICO
CAT/SP**

EMITENTE

1. Nome do Emitente: _____ 2. Contatos: _____

3. Data do Registro (dd/mm/aaaa): _____

DADOS DO SERVIDOR

4. Nome: _____ 5. Sexo: () M () F 6. Data de Nascimento: _____

7. CPF: _____ 8. RG: _____

ENDEREÇO

9. Logradouro: _____ 10. Número: _____ 11. Complemento: _____

12. Bairro: _____ 13. CEP: _____ 14. Cidade: _____ 15. UF: _____

16. Telefone: () _____ 17. E-mail: _____

DADOS FUNCIONAIS

18. Identificação Única: _____ 19. Órgão: _____ 20. Lotação de Exercício: _____ 21. Nome da Chefia Imediata: _____

22. Matrícula SIAPE: _____ 23. Cargo: _____ 24. Função: _____ 25. Data de Admissão: _____

ACIDENTE OU DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO

26. Data do Acidente: _____ 27. Horário do Acidente: _____ 28. Após quantas horas de trabalho? _____

29. Tipo de Acidente () Acidente Típico () Acidente com Óbito
() Acidente de Trajeto () Doença Relacionada ao Trabalho

30. Houve Afastamento? () SIM () NÃO 31. Último dia de trabalho? _____

32. Houve Testemunhas? () SIM () NÃO

33. Parte(s) do corpo atingida(s):

() Cabeça () Tronco frente () Membros superiores () Membros inferiores () Aparelho respiratório

() Olhos () Tronco costa () Mãos () Pés () Outros sist. e ap. () Múltiplas partes.

34. Descrição do acidente (preenchimento obrigatório)

Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas. _____

Assinatura do emitente _____ Assinatura da chefia (matrícula SIAPE) _____

EQUIPE DE VIGILÂNCIA À SAÚDE DO SERVIDOR – CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE

35. Foi realizada perícia no local do acidente? () SIM () NÃO

36. Existe Laudo de avaliação ambiental? () SIM () NÃO

36.1 Se não, uma avaliação preliminar constata:

36.1.1. Físico: () ruído contínuo () ruído de impacto () calor () frio () umidade () radiação ionizante () ar comprimido () rad. não ionizantes () vibrações () NÃO

36.1.2. Químico: () agentes químicos () aerodispersóides () gases e vapores () NÃO

36.1.3. Biológico: () SIM () NÃO

36.1.4. Mecânico: () SIM () NÃO

36.1.5. Ergonômico: () iluminação () mobiliário () organizacional () trabalho noturno () esforço repetitivo () esforço físico () NÃO

37. O ambiente pode ter sido fator para a ocorrência do acidente em serviço: () SIM () NÃO

38. É caracterizado como acidente em serviço? () SIM () NÃO

39. Encaminhar para o serviço médico e de perícia? () SIM () NÃO

40. Recomendações: (anexar)

Local e Data _____ Encaminhe-se a Unidade / Órgão / Entidade

Em ___/___/___

Assinatura e matrícula SIAPE do Responsável pela
Equipe de Vigilância à Saúde

ORIENTAÇÃO LEGENDA

- 1 – Informar o nome completo do emitente.
 - 2 – Informar telefones e/ou email de contato do emitente.
 - 3 – Informar a data de registro do acidente em serviço e/ou doença relacionada ao trabalho.
 - 4 – Informar o nome completo do servidor sem reduções.
 - 5 – Informar o sexo do servidor.
 - 6 - Informar a data de nascimento do servidor.
 - 7- Informar CPF do servidor.
 - 8- Informar RG do servidor.
 - 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15 - Informar endereço do servidor.
 - 16 – Informar telefone que se possa entrar em contato com o servidor.
 - 17 – Informar e-mail do servidor.
 - 18 - Informar identificação única do servidor.
 - 19 - Informar o órgão onde o servidor trabalha.
 - 20 - Informar a lotação onde do servidor.
 - 21- Informar o nome da chefia imediata do servidor acidentado.
 - 22 - Informar o número da matrícula do SIAPE do servidor.
 - 23 - Informar o cargo do servidor.
 - 24 - Informar a função do servidor.
 - 25 - Informar a data de admissão do servidor no serviço público.
 - 26- Informar a data do acidente.
 - 27 - Informar a hora do acidente
 - 28 - Informar quantas horas após iniciar o serviço ocorreu o acidente. No caso de acidente de trajeto e doença relacionada ao trabalho desconsiderar o item.
 - 29 - Informar se o acidente é: típico, com óbito, de trajeto ou doença relacionada ao trabalho.
 - 30 - Informar se o acidente provocou ou não afastamento do servidor para o trabalho.
 - 31 - Informar qual o último dia efetivamente trabalhado pelo servidor, mesmo que parcialmente.
 - 32 - Informar se teve ou não testemunhas, quando da ocorrência do acidente.
 - 33 - Informar a parte do corpo atingida no acidente.
 - 34 - Descrever de forma sucinta o acidente.
- OBSERVAÇÃO: Os itens de 35 a 41 deverão ser preenchidos pela equipe de Vigilância à Saúde do Servidor.**
- 35 – Informar se a equipe foi ao local do acidente – No caso de acidente de trajeto desconsiderar o item.
 - 36 – Informar se existe Laudo de Avaliação Ambiental. No caso de acidente de trajeto e doença relacionada ao trabalho desconsiderar o item.
 - 36.1 – Se não existe laudo, informar de forma preliminar os riscos identificados no ambiente de ocorrência do acidente.
 - 37 – Informar se o ambiente de trabalho pode ter “ajudado” (concausa) a ocorrência do acidente.
 - 38 – Informar se o acidente pode ser considerado como acidente em serviço.
 - 39 - Informar se é necessário o encaminhamento para o serviço médico de perícia.
 - 40 – Anexar às recomendações necessárias para que causas semelhantes não ocorram.

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS:

1. Acidente em serviço fatal

Acidente em serviço fatal é aquele que leva a óbito imediatamente após sua ocorrência ou que venha a ocorrer posteriormente, a qualquer momento, em ambiente hospitalar ou não, desde que a causa básica, intermediária ou imediata da morte seja decorrente do acidente.

2. Acidente em serviço mutilante (grave)

Acidente em serviço grave é aquele que acarreta mutilação, física ou funcional, e o que leva à lesão cuja natureza implique em comprometimento extremamente sério, preocupante; que pode ter conseqüências nefastas ou fatais.

Definição dos casos de acidente em serviço grave:

- 1) necessidade de tratamento em regime de internação hospitalar;
- 2) incapacidade para as ocupações habituais, por mais de 30 dias;
- 3) incapacidade permanente para o trabalho;
- 4) enfermidade incurável;
- 5) debilidade permanente de membro, sentido ou função;
- 6) perda ou inutilização do membro, sentido ou função;
- 7) deformidade permanente;
- 8) aceleração de parto;
- 9) aborto;
- 10) fraturas, amputações de tecido ósseo, luxações ou queimaduras graves;
- 11) desmaio (perda de consciência) provocado por asfixia, choque elétrico ou outra causa externa;
- 12) qualquer outra lesão: levando à hipotermia, doença induzida pelo calor ou inconsciência; requerendo ressuscitação; ou requerendo hospitalização por mais de 24 horas;
- 13) doenças agudas que requeiram tratamento médico em que exista razão para acreditar que resulte de exposição ao agente biológico, suas toxinas ou ao material infectado.