



**COORDENAÇÃO DE RECURSOS
HUMANOS
SUPERVISÃO DE SAÚDE OCUPACIONAL**

**NORMA INTERNA NA OCORRÊNCIA DE
ACIDENTE DE TRABALHO**

2016

SUMÁRIO

I – APRESENTAÇÃO	03
II – OBJETIVO	03
III – INFORMAÇÕES GERAIS	03
IV – PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO – SIAT	04
V – FLUXOGRAMAS	06
VI – DÚVIDAS FREQUENTES	08
VII – SIAT – SOLICITAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHO – TÍPICO	10
VIII – SIAT – SOLICITAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHO – TRAJETO	11
IX – SIAT – SOLICITAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHO – EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO	12
X – REFERÊNCIAS	13

I – APRESENTAÇÃO

A Supervisão de Saúde Ocupacional da Coordenação de Recursos Humanos da **Associação Saúde da Família** tem como objetivo cumprir as orientações norteando-se nas Leis e Decretos relacionados, principalmente com as Normas Regulamentadoras de Saúde e Segurança do Trabalho.

II – OBJETIVO

A presente Norma Interna objetiva orientar quanto aos procedimentos adotados pela **Associação Saúde da Família** quando da ocorrência de um acidente de trabalho e que devem ser seguidos pelos nossos funcionários.

A Lei 8.213 de 24.07.1991 da Previdência Social, que normatiza a abertura da COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO (CAT), preconiza em seu artigo 22 que todo acidente de trabalho deve ser comunicado até o primeiro dia útil após o acidente, estabelecendo assim o prazo de 24 horas para a emissão do documento, rotina que deverá ser obedecida por todos os funcionários da **ASF**, considerando que a sua não comunicação pode acarretar multas e demais sanções legais previstas em nossa legislação.

Cabe ainda ressaltar a importância em preencher corretamente e de forma completa todos os campos da Solicitação de Investigação de Acidente do Trabalho, que será analisada pela equipe da Supervisão de Saúde Ocupacional. Após essa análise prévia, as informações serão transcritas para a COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO (CAT) e servirão não somente aos objetivos previdenciários, estatísticos e epidemiológicos, mas também aos trabalhistas e sociais.

III – INFORMAÇÕES GERAIS

1 Comunicação do acidente (Típico e Trajeto)

- 1.1 O atendimento médico deve ocorrer na sequência do acidente. Não ocorrendo, impedirá a abertura da CAT.
- 1.2 Comunicar a ocorrência ao Gerente da unidade, Chefia Imediata ou A.T.A. de R.H. da unidade.
- 1.3 São documentos necessários para o registro da CAT no sistema da Previdência Social:
 - 1.3.1 A Solicitação de Investigação de Acidente do Trabalho corretamente preenchida, carimbada e assinada pelo acidentado e pela Gerência da unidade ou Chefia Imediata do acidentado;
 - 1.3.2 Relatório e/ou atestado médico, constando as seguintes informações:
 - 1.3.2.1 O diagnóstico com CID;
 - 1.3.2.2 Período provável para o tratamento, quando houver;
 - 1.3.2.3 Assinatura do profissional médico que realizou o atendimento, carimbo com o número do CRM (Conselho Regional de Medicina) e a data do atendimento médico, seja o documento emitido por particular, convênio ou pelo SUS;
 - 1.3.3 Cópia do boletim de ocorrência, quando houver.
- 1.4 O departamento de Saúde Ocupacional da **ASF** deve comunicar a Previdência Social todo acidente de trabalho ocorrido, com ou sem afastamento, no prazo de 24 horas ou até o primeiro dia útil seguinte, sendo a sua falta passível de multa, sucessivamente aumentada nas reincidências.
- 1.5 A Solicitação de Investigação de Acidente do Trabalho deverá ser preenchida com letra de forma, conforme os modelos em anexo nas páginas 10, 11 e 12. O preenchimento deste documento deverá ser realizado somente pelo Gerente da unidade, Chefia Imediata ou A.T.A. de R.H. da unidade.

- 1.6 Em situações que envolvam violência ou de acidente de trânsito no trajeto casa-trabalho, trabalho-casa, onde foi emitido Boletim de Ocorrência, uma cópia do mesmo deve ser incluída ao comunicado.
- 1.7 O envio da documentação deve ser feito de imediato por e-mail ou por fax. Em caso de envio com atraso, deve ser anexada uma carta de próprio punho do acidentado ou da Chefia Imediata justificando o ocorrido. Só serão aceitas justificativas nos casos em que o acidentado passou por atendimento médico em seguida da ocorrência.
- 1.8 Posteriormente encaminhar a documentação original via malote.
- 1.9 Em acidentes de trabalho (tipo típico ou tipo trajeto) o funcionário poderá passar por atendimento médico na unidade que trabalha, mesmo que não resida na região.

2 Orientações para ocorrências com exposição a material biológico

- 2.1 A Chefia Imediata do acidentado no trabalho deverá encaminhar o funcionário ao Serviço de Assistência Especializada em DST/AIDS, sempre que possível com o paciente fonte.
 - 2.2. Este atendimento deve ser feito nas primeiras 02 (duas) horas e no máximo até 72 (setenta e duas) horas após o acidente.
A Chefia Imediata deverá entrar em contato com o Serviço de Assistência Especializada em DST/AIDS de referência da unidade a fim de verificar quais os documentos necessários a serem apresentados no atendimento ao funcionário acidentado.
Caso a unidade de trabalho não tenha atendimento médico, a chefia deverá encaminhar o funcionário direto ao Serviço Especializado em DST/AIDS, orientando que o mesmo solicite o relatório de atendimento médico, constando o CID e CRM do profissional médico.
 - 2.3 Se a ocorrência for durante o período noturno, feriado e/ou final de semana, o atendimento é prestado nos hospitais públicos municipais e no Instituto de Infectologia Emílio Ribas.
 - 2.4 A unidade deve preencher Ficha de Investigação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação Acidente de Trabalho com Exposição à Material Biológico) em três vias, sendo:
 - a primeira via levada pelo trabalhador exposto à unidade de referência em DST/AIDS;
 - a segunda via encaminhada para SUVIS de referência da unidade, e;
 - a terceira via arquivada na própria unidade.
 - 2.5 Os formulários do SINAN devem ser solicitados na SUVIS (Supervisão de Vigilância em Saúde) da região.
- No caso de dúvidas no preenchimento do formulário de notificação, o responsável deverá entrar em contato com a SUVIS (Supervisão de Vigilância em Saúde) da região.

IV – PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO – SIAT

O responsável pelo preenchimento deverá se atentar ao formulário correto para cada tipo de ocorrência:

TÍPICO (Acidente que ocorre durante seu expediente de trabalho);

TRAJETO (Acidente que ocorre no trajeto casa-trabalho, trabalho-casa);

EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO (Envolve o contato com sangue e outros fluidos orgânicos, compreendendo ocorrência com material perfurocortante e contato com mucosa ocular, oral ou pele).

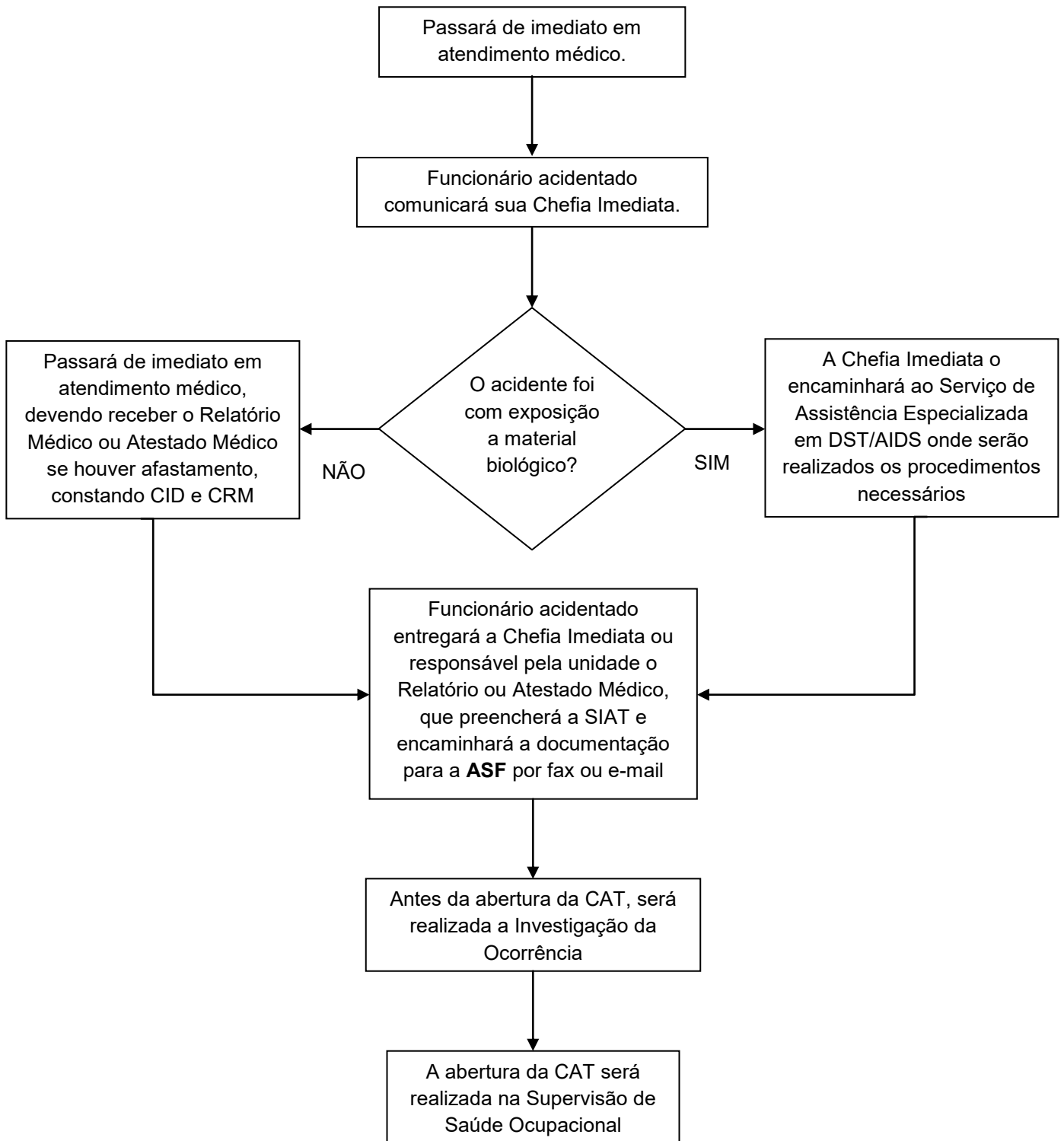
Preencher com letra legível todos os campos:

- ✓ Dados do funcionário – nome completo, unidade (informando o programa, exemplo: PAI, PSF, AMA), horário de trabalho, matrícula (ID), função, nome da mãe, endereço residencial e contato telefônico.
- ✓ Dados sobre a ocorrência – informar data, horário, local/endereço e assinalar se houver registro policial.

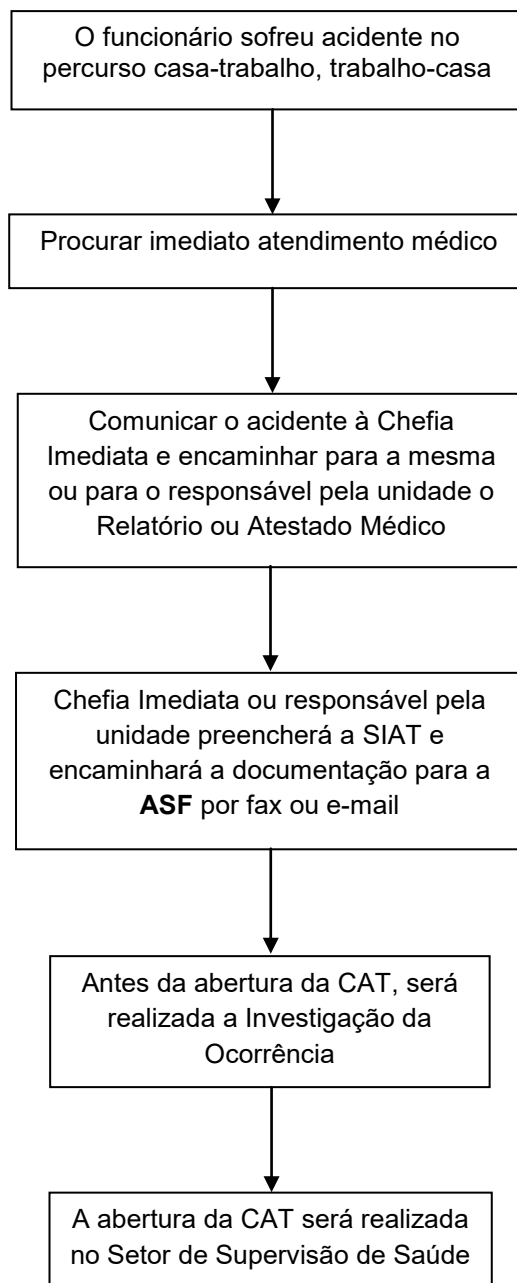
- ✓ Dados sobre o atendimento médico – unidade e horário de atendimento, CRM, nome do médico, CID, assinalar se houve afastamento, informando a data de início e a quantidade de dias. Para ocorrências com exposição a material biológico, informar o nome do SAE que o funcionário foi encaminhado.
- ✓ Breve relato da ocorrência – Descrever o ocorrido de acordo com as informações fornecidas pelo funcionário. Local da lesão – Informar qual(is) parte(s) do corpo foi atingida. Descrever o objeto causador da ocorrência. Assinalar se usava os EPI's no momento da lesão.
- ✓ Testemunhas – Se houver testemunha, colocar o nome e endereço completos e solicitar que a mesma assine no local indicado.
- ✓ O funcionário e a chefia (ou responsável pela unidade) deverão assinar e datar nos campos indicados.

V – FLUXOGRAMAS

1- Fluxograma de acidente típico



2 - Fluxograma de acidente de trajeto



VI – DÚVIDAS FREQUENTES

01- O que é acidente do trabalho?

O artigo 19 da Lei nº 8.213, de 24/07/91, regulamentada pelo Decreto nº 3.048, de 06/05/99, estabelece que “acidente do trabalho é o que ocorre no exercício da função e a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda, ou a redução permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho”.

02- Quando é caracterizado o acidente de trabalho?

Para que uma lesão ou moléstia seja considerada acidente do trabalho é necessário que haja entre o resultante e o trabalho uma ligação, ou seja, que o resultado danoso tenha origem no trabalho desempenhado e em função do serviço. Assim, por exemplo, se um empregado for assistir a um jogo de futebol e cair da arquibancada onde se sentou, não se caracterizara acidente de trabalho. Todavia, se com ele cair o empregado do clube que estava realizando a limpeza da arquibancada, a legislação referida protegerá o funcionário do clube.

03- O que é uma lesão corporal?

Por lesão corporal deve ser entendido qualquer dano anatômico, por exemplo: uma fratura, um machucado, a perda de um membro.

04- O que é uma perturbação funcional?

Por perturbação funcional deve ser entendido o prejuízo ao funcionamento de qualquer órgão ou sentido, como uma perturbação mental devido a uma pancada, o prejuízo ao funcionamento de um órgão (pulmões etc.), pela aspiração ou ingestão de um produto de limpeza usado no trabalho.

05- Quais são os tipos de acidente do trabalho?

- **Típico:** o que ocorre no local e durante o trabalho. Os períodos destinados a refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local de trabalho ou durante este será considerado no exercício do trabalho.

- **Trajeto:** é o acidente que ocorre no trajeto residência-trabalho-residência. **Não se caracteriza como acidente de trajeto quando o empregado, por interesse pessoal, tiver interrompido ou alterado seu percurso.**

06- O que é um acidente de trabalho com exposição a material biológico?

São acidentes que envolvem o contato com sangue e outros fluidos orgânicos, ocorridos com os profissionais da área da saúde durante o desenvolvimento do seu trabalho. Esse tipo de acidente se dá por meio de materiais perfuro cortantes, que compreende a penetração através da pele de agulha ou material médico-cirúrgico contaminado com sangue ou outros líquidos orgânicos ou por contato direto da mucosa, seja ela ocular, nasal ou oral ou ainda por contato da pele com sangue ou outros líquidos orgânicos.

07- O que é uma Doença Profissional?

É uma doença adquirida ou desencadeada pelo exercício de sua atividade profissional.

08- O que é CAT?

É o formulário de Comunicação de Acidente do Trabalho, documento de notificação obrigatória do acidente ou doença do trabalho a ser preenchido pela empresa, pelo sindicato, serviço de saúde, pela autoridade pública ou pelo próprio trabalhador, que representa o reconhecimento legal da doença ou acidente junto à Previdência Social e sem ela o trabalhador não poderá requerer benefício acidentário ao INSS.

09- Por que é importante notificar um acidente do trabalho ou doença profissional?

- Do ponto de vista individual:

Se não houver afastamento imediato ou, se o afastamento for inferior a 15 dias, o registro da CAT é uma garantia para o trabalhador, de que o acidente ocorreu. Constitui em importante comprovação nos casos do aparecimento de problemas tardios relacionados ao acidente.

- Do ponto de vista coletivo:

Apenas através do conhecimento de um problema é que podemos evitá-lo.

O registro dos acidentes e doenças do trabalho permite à vigilância em saúde monitorá-los por empresa e conseqüentemente o desencadear ações de controle ou de eliminação de riscos.

10- Quem tem o direito a CAT?

Os trabalhadores com registro em carteira de trabalho pelo regime Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), ou seja, que contribui para INSS.

Em caso de duvida entrar em contato com a Supervisão de Saúde Ocupacional preferencialmente por meio eletrônico, no endereço saudeocupacional@saudedafamilia.org ou do telefone 3529-1550 ramais 187/138.

VII – SIAT – SOLICITAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHO – TÍPICO



ASSOCIAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA

SIAT – SOLICITAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHO TÍPICO (Acidente que ocorre durante seu expediente de trabalho)

NOME DO FUNCIONÁRIO: _____
UNIDADE: _____ HORÁRIO DE TRABALHO: _____
MATRÍCULA (RE): _____ FUNÇÃO: _____
MÃE: _____
RESIDÊNCIA: _____ Nº _____ COMPL.: _____
BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____ CEP: _____
TEL. RES.: _____ TEL. REC.: _____ COML.: _____

DADOS SOBRE A OCORRENCIA:

DATA: ____/____/____ HORÁRIO: _____ HOUVE REGISTRO POLICIAL: SIM NÃO
LOCAL: _____

DADOS SOBRE O ATENDIMENTO MÉDICO:

UNIDADE DE ATENDIMENTO: _____ DATA ____/____/____ HORÁRIO: _____
CRM: _____ NOME DO MÉDICO _____
CID: _____
 ACIDENTE SEM AFASTAMENTO COM AFASTAMENTO À PARTIR DE ____/____/____ () DIAS

BREVE RELATO DA OCORRENCIA: _____

LOCAL DA LESÃO: _____ OBJETO CAUSADOR: _____
USAVA EPI? NÃO SIM _____

TESTEMUNHAS:

1 – NOME: _____
ENDEREÇO: _____
ASSINATURA DA TESTEMUNHA: _____
2 – NOME: _____
ENDEREÇO: _____
ASSINATURA DA TESTEMUNHA: _____

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS ACIMA SÃO VERDADEIRAS E ESTOU CIENTE QUE QUALQUER DECLARAÇÃO FALSA IMPLICARÁ EM SANÇÕES PREVISTAS NOS ARTIGOS 171 E 299 DO CÓDIGO PENAL.

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Art. 171 - Obter, para si ou para outrem, vantagem ilícita, em prejuízo alheio, induzindo ou mantendo alguém em erro, mediante artifício, ardil, ou qualquer outro meio fraudulento.
Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

CARIMBO E ASSINATURA DA CHEFIA

_____/_____/_____
DATA

ENCAMINHAR POR E-MAIL OU FAX

saudeocupacional@saudedafamilia.org / FONE: 3529-1550 RAMAL: 138 / 187

VIII – SIAT – SOLICITAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHO – TRAJETO



ASSOCIAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA

SIAT – SOLICITAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHO TRAJETO (Acidente que ocorre no trajeto casa-trabalho, trabalho-casa)

NOME DO FUNCIONÁRIO: _____
UNIDADE: _____ HORÁRIO DE TRABALHO: _____
MATRÍCULA (RE): _____ FUNÇÃO: _____
MÃE: _____
RESIDÊNCIA: _____ Nº _____ COMPL.: _____
BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____ CEP: _____
TEL. RES.: _____ TEL. REC.: _____ COML.: _____

DADOS SOBRE A OCORRENCIA:

DATA: ___/___/___ HORÁRIO: _____ HOUVE REGISTRO POLICIAL: SIM NÃO
ENDEREÇO: _____

DADOS SOBRE O ATENDIMENTO MÉDICO:

UNIDADE DE ATENDIMENTO: _____ DATA ___/___/___ HORÁRIO: _____
CRM: _____ NOME DO MÉDICO: _____
CID: _____
 ACIDENTE SEM AFASTAMENTO COM AFASTAMENTO À PARTIR DE ___/___/___ () DIAS

BREVE RELATO DA OCORRENCIA: _____

LOCAL DA LESÃO: _____ OBJETO CAUSADOR: _____

TESTEMUNHAS:

1 – NOME: _____
ENDEREÇO: _____
ASSINATURA DA TESTEMUNHA: _____
2 – NOME: _____
ENDEREÇO: _____
ASSINATURA DA TESTEMUNHA: _____

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS ACIMA SÃO VERDADEIRAS E ESTOU CIENTE QUE QUALQUER DECLARAÇÃO FALSA IMPLICARÁ EM SANÇÕES PREVISTAS NOS ARTIGOS 171 E 299 DO CÓDIGO PENAL.

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Art. 171 - Obter, para si ou para outrem, vantagem ilícita, em prejuízo alheio, induzindo ou mantendo alguém em erro, mediante artifício, ardil, ou qualquer outro meio fraudulento.
Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

CARIMBO E ASSINATURA DA CHEFIA

_____/_____/_____
DATA

ENCAMINHAR POR E-MAIL OU FAX

saudeocupacional@saudedefamilia.org / FONE: 3529-1550 RAMAL: 138 / 187

IX – SIAT – SOLICITAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHO – EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO



ASSOCIAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA

SIAT – SOLICITAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHO

EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO (Envolve o contato com sangue e outros fluidos orgânicos, compreendendo ocorrência com material perfuro cortante e contato com mucosa ocular, nasal, oral ou pele)

NOME DO FUNCIONÁRIO: _____

UNIDADE: _____ HORÁRIO DE TRABALHO: _____

MATRÍCULA (RE): _____ FUNÇÃO: _____

MÃE: _____

RESIDÊNCIA: _____ Nº _____ COMPL.: _____

BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____ CEP: _____

TEL. RES.: _____ TEL. REC.: _____ COML.: _____

DADOS SOBRE A OCORRÊNCIA:

DATA: ____/____/____ HORÁRIO: _____ HOUVE REGISTRO POLICIAL: SIM NÃO

LOCAL: _____

DADOS SOBRE O ATENDIMENTO MÉDICO:

UNIDADE DE ATENDIMENTO: _____ DATA ____/____/____ HORÁRIO: _____

CRM: _____ NOME DO MÉDICO _____

CID: _____

ACIDENTE SEM AFASTAMENTO COM AFASTAMENTO À PARTIR DE ____/____/____ () DIAS

SAE*: _____ *Serviço de Assistência Especializada em DST/AIDS

BREVE RELATO DA OCORRÊNCIA: _____

LOCAL DA LESÃO: _____ OBJETO CAUSADOR: _____

USAVA EPI? NÃO SIM _____

TESTEMUNHAS:

1 – NOME: _____

ENDEREÇO: _____

ASSINATURA DA TESTEMUNHA: _____

2 – NOME: _____

ENDEREÇO: _____

ASSINATURA DA TESTEMUNHA: _____

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS ACIMA SÃO VERDADEIRAS E ESTOU CIENTE QUE QUALQUER DECLARAÇÃO FALSA IMPLICARÁ EM SANÇÕES PREVISTAS NOS ARTIGOS 171 E 299 DO CÓDIGO PENAL.

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Art. 171 - Obter, para si ou para outrem, vantagem ilícita, em prejuízo alheio, induzindo ou mantendo alguém em erro, mediante artifício, ardil, ou qualquer outro meio fraudulento.
Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

CARIMBO E ASSINATURA DA CHEFIA

_____/_____/_____
DATA

ENCAMINHAR POR E-MAIL OU FAX

saudeocupacional@saudedafamilia.org / FONE: 3529-1550 RAMAL: 138 / 187

X – REFERÊNCIAS

Sites consultados:

www.fundacentro.gov.br

www.cve.saude.sp.gov.br

www.previdencia.gov.br

Instrução Normativa INSS nº 45 de 6 de Agosto de 2010 – Abril/2012

Endereços das Unidades de Atendimento em DST/AIDS - Relação das SUVIS -
Supervisões de Vigilância em Saúde

Acessar o site: www.prefeitura.sp.gov.br