

	<p>Instituto de Infectologia “Emilio Ribas”</p> <p>Notificação de Acidente de Trabalho/Doença Ocupacional</p>	<p>Código</p> <p>DIR_SEESMT 001</p>	<p>Página</p> <p>Página 2 de 10</p>	
---	---	-------------------------------------	-------------------------------------	---

2 OBJETIVO

Este documento tem como finalidade descrever o procedimento a ser adotado no caso do servidor sofrer um de acidente de trabalho / doença ocupacional

3 CAMPO DE APLICAÇÃO

Todos os servidores do IIER.

4 DEFINIÇÃO

Acidente de Trabalho:

Acidente de Trajeto: (Descolamento residência/trabalho – Trabalho/residência)

Acidente típico: (Biológico / Interno /Doença Ocupacional)

Doença Ocupacional:

5 RESPONSABILIDADE

Todos os servidores que forem fazer notificação de acidente de trabalho / doença ocupacional devem proceder de acordo com o descrito neste documento.

6 DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

6.1 ACIDENTES DE TRAJETO

Em caso de acidente no sistema Metroviário e/ou CPTM (trens urbanos) procurar a Sala de Supervisão Operacional – SSO, localizada dentro dos terminais urbanos e metroviários e solicitar um relatório, em papel timbrado, para comunicação de acidente de trajeto.

Em caso de acidente em transporte rodoviário (ônibus urbano municipal/intermunicipal/interestadual), anotar o numero e nome da linha, além dos nomes do cobrador (se houver) e motorista.

Em caso de acidente com veículo próprio ou de terceiros realizar Boletim de Ocorrência online.

	<p>Instituto de Infectologia “Emilio Ribas”</p> <p>Notificação de Acidente de Trabalho/Doença Ocupacional</p>	<p>Código</p> <p>DIR_SEESMT 001</p>	<p>Página</p> <p>Página 3 de 10</p>	
---	---	-------------------------------------	-------------------------------------	---

Outras orientações:

Caso o servidor ou a servidora fique ferida (o) com gravidade haverá solicitação de socorro por parte do motorista/ encarregado da linha/ segurança do metrô e seguidos os procedimentos de atendimento nesses casos. (padrão SAMU ou outro tipo de ambulância destacada para suporte).

O registro de atendimento deste atendimento deve integrar os documentos da Notificação de Acidente de Trabalho- NAT para servidores efetivos, com prazo de dez dias a contar do acidente, e Comunicação de Acidente de Trabalho – Cat, para empregado público CLT, que deve ser registrado em até 48 horas após o acidente. Este documento poderá ser solicitado na unidade de atendimento (pronto socorro ou SAMU) posteriormente por um representante.

Caso o funcionário esteja impossibilitado de comparecer para este registro um representante (parente, amigo) poderá fazê-lo. Neste caso, deverá comparecer ao RH para solicitação de afastamento junto ao DPME: se houver hospitalização o representante deverá comunicar ao RH que a perícia deve ser realizada naquele local.

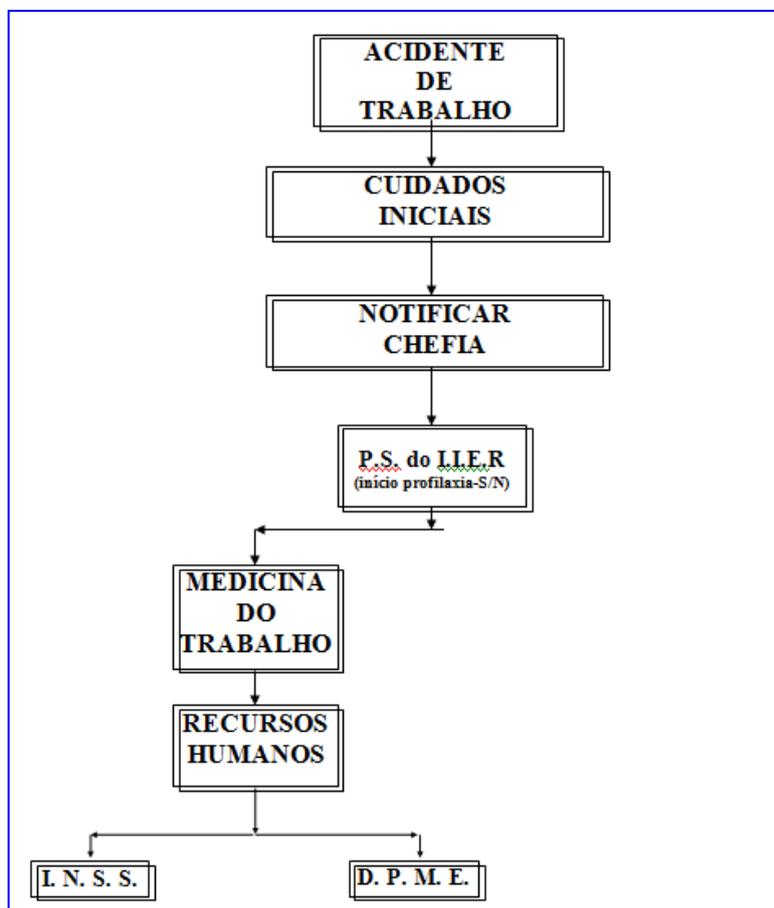
A prioridade é o atendimento à vítima do acidente, após e dentro do prazo descrito acima, os documentos que integrarão o processo de acidente de trabalho deverão ser providenciados.

Nos casos de vítimas graves e em situações onde já tenha ocorrido atendimento médico o SEESMT será apenas notificado administrativamente para registro.

No retorno às funções normais de trabalho, caso haja necessidade, poderá comparecer ao serviço para orientações do médico do trabalho.

	<p>Instituto de Infectologia "Emilio Ribas"</p> <p>Notificação de Acidente de Trabalho/Doença Ocupacional</p>	<p>Código</p> <p>DIR_SEESMT 001</p>	<p>Página</p> <p>Página 4 de 10</p>	
---	---	-------------------------------------	-------------------------------------	---

6.2 .1 FLUXO PARA ACIDENTE DE TRABALHO COM RISCO BIOLÓGICO



Procedimentos:

O funcionário deve comunicar a chefia (verbalmente) sobre o ocorrido.

Deverá comparecer ao pronto socorro para avaliação médica:

Caso a fonte seja conhecida, Ex: perfuração em procedimento de atendimento ao paciente deverá informar ao médico para que o mesmo possa decidir a terapêutica mais adequada.

Caso seja fonte desconhecida o médico do Pronto socorro fará as avaliações necessárias para terapêutica, caso necessário.

Após atendimento no pronto socorro deverá providenciar junto à chefia o preenchimento dos seguintes documentos:

1. Formulário para requerimento de enquadramento da licença para tratamento de saúde como decorrente de acidente de trabalho ou doença ocupacional, devidamente preenchido e assinado pelo servidor; (Anexo I)
2. Relatório médico referente ao ocorrido;
3. Formulário de Notificação de Acidente de Trabalho – NAT (Anexo II).

Obs.: Quando se tratar de acidente biológico, devem constar ainda as providências adotadas e os exames sorológicos protocolares.

	<p>Instituto de Infectologia "Emilio Ribas"</p> <p>Notificação de Acidente de Trabalho/Doença Ocupacional</p>	<p>Código</p> <p>DIR_SEESMT 001</p>	<p>Página</p> <p>Página 5 de 10</p>	
---	---	-------------------------------------	-------------------------------------	---

Comparecer ao SEESMT para que o médico do trabalho faça as anotações necessárias na NAT.

Fazer o segmento com o médico Infectologista do SEESMT para acompanhamento e orientação das sorologias até o termino do processo.

6.2.2- FLUXOS PARA NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO/DOENÇA OCUPACIONAL

-Solicitar folha de frequência do mês do acidente e do mês anterior, do servidor ao RH;

-Verificar no diário oficial do Estado se houve publicação do afastamento COVID19;

-Quando houver indicação para abertura de Notificação de Acidente de Trabalho (NAT) nos casos de servidores estatutários e/ou lei 500 com resultado de exame PCR-RT **positivo** para **Sars CoV 2** a chefia imediata e o servidor deverão seguir o fluxo abaixo:

- Enviar ao SEESMT, requerimento para abertura de NAT (intranet/SRH);

- 01 via do formulário de Notificação de Acidente de Trabalho/doença ocupacional (NAT) (intranet/SRH) preencher os dados do acidente, dados do acidentado, dados da testemunha, descrição resumida do acidente e dados do superior imediato; anexar Rol de atividades e declaração com horário e local de trabalho, 01 via do formulário da testemunha, uma para cada testemunha (02 testemunhas);

- Cópia do atestado legível;

- Cópia do resultado do exame legível.

-Checklist contendo informações solicitadas pelo DPME (modelo padrão);

Caso o servidor tenha outro vínculo, deverá ser solicitada declaração contendo dados funcionais e rol de atividades no outro órgão.

O SEESMT enviará toda a documentação via sistema SEMPAPEL para o DPME para prosseguimento.

Obs.: Esclarecemos que só será considerado o registro de Acidente de trabalho/Doença Ocupacional após o deferimento do DPME (Departamento de Perícias Médicas do Estado) e publicação em Diário Oficial.

IMPORTANTE: ATENÇÃO AOS PRAZOS DA NOTIFICAÇÃO DO A.T. PARA ESTATUTÁRIOS E LEI 500 É DE 10(DEZ) DIAS.

CLT NO PRIMEIRO DIA UTIL.

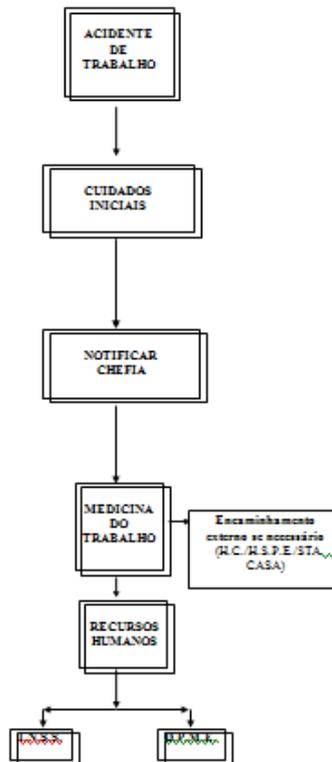
Exceções às regras aqui estabelecidas deverão ser avaliadas caso a caso com a Diretoria Técnica.

No caso de servidores CLT/CTD os mesmos deverão contatar o RH para que seja feita a Comunicação do AT (doença ocupacional) ao INSS.

As áreas e recomendações podem ser revistas à luz de novos conhecimentos.

6.3 FLUXO PARA ACIDENTE DE TRABALHO SEM RISCO BIOLÓGICO

	<p>Instituto de Infectologia “Emilio Ribas”</p> <p>Notificação de Acidente de Trabalho/Doença Ocupacional</p>	<p>Código</p> <p>DIR_SEESMT 001</p>	<p>Página</p> <p>Página 6 de 10</p>	
---	---	-------------------------------------	-------------------------------------	---



7 BIOSSEGURANÇA

Não se aplica

8 REFERÊNCIAS

Não se aplica

9 CONTROLE DE REGISTROS

Os relatórios são arquivados por cinco anos nas pastas próprias

10 ANEXOS

Anexo I - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO / DOENÇA OCUPACIONAL

	<p>Instituto de Infectologia "Emilio Ribas"</p> <p>Notificação de Acidente de Trabalho/Doença Ocupacional</p>	<p>Código</p> <p>DIR_SEESMT 001</p>	<p>Página</p> <p>Página 7 de 10</p>	
---	---	-------------------------------------	-------------------------------------	---

NOME:		
R.G:	CPF:	NI:
ENDEREÇO:		
BAIRRO:	CIDADE:	
ESTADO:	CEP:	
CARGO:		
SECRETARIA:		

À vista do acidente sofrido em / / , venho pelo presente requerimento solicitar a instauração de procedimento próprio para fins de comprovação de acidente de trabalho / doença profissional, nos termos do artigo 196 da Lei nº 10.261/68.

Atenciosamente,

São Paulo, _____ .



NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO – NAT

PROC. Nº: NAT. Nº:

DADOS DO ACIDENTE

Data do Acidente: Jornada de Trabalho: Das: Às: No Trabalho No Percurso

Dia da Semana: Local do Acidente:

Monário do Acidente: Posto de Trabalho:

DADOS DO ACIDENTADO

Nome: Data de Nascimento:

Escolaridade: Sexo: Cor:

CPF: RG: NI:

Endereço:

Cidade: CEP: UF: TEL:

Cargo/Função: Data de Exercício:

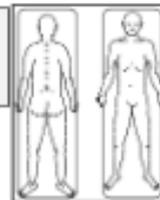
Secretaria: Unidade de Exercício:

DADOS DA TESTEMUNHA

Nome: RG: TEL:

Nome: RG: TEL:

DESCRIÇÃO RESUMIDA DO ACIDENTE



DESCRIÇÃO RESUMIDA DAS PARTES DO CORPO ATINGIDA

(Preencher apenas na figura ao lado)

Partes do Corpo Atingidas e/ou Problemas Mentais Decorrentes: CID:

Houve Afastamento? Sim Não Previsão de Afastamento:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES EM CASO DO ACIDENTE

1) Típico:

2) Trajeto:

De Ida para o Local de Refeição De Residência para o Trabalho

De Volta do Local de Refeição Do Trabalho a Residência

De Saída a Serviço durante o Expediente Outras

	<p>Instituto de Infectologia “Emilio Ribas”</p> <p>Notificação de Acidente de Trabalho/Doença Ocupacional</p>	<p>Código</p> <p>DIR_SEESMT 001</p>	<p>Página</p> <p>Página 9 de 10</p>	
---	---	-------------------------------------	-------------------------------------	---

OCORRÊNCIA POLICIAL

Houve registro de B.O? Não Nº do Boletim de Ocorrência:

Houve exame do Corpo de Delito? Sim Não

Horário de Saída do Local Assinalado no Item Anterior:

Meio de Locomoção Usado ao Saír do Acidente:

Houve Alteração ou Mudança no Percorso Habitual? Sim Não

Se Sim, por quê?

DADOS DO SUPERIOR IMEDIATO

Nome: RG:

Cargo/Função: Unidade de Exercício:

Endereço Eletrônico: Telefone:

Local: Data:

ASSINATURA E CARIMBO DO SUPERIOR IMEDIATO

*Para que a ocorrência de acidente seja legalmente enquadrada como acidente de trabalho, deve ter ocorrido em tempo das atividades funcionais de trabalho, e com decorréncia de ato de agressão, submissão ou terraportamento produzido por terceiros, afim de força ocasional, motivada por situação relacionada ao serviço, ato de negligência, de negligência ou de imperícia de terceiros, desobediência, insubordinação, insubordinação ou outros atos ilícitos ou desobediências de tempo maior, ainda que fora do local e horário de trabalho, execução de ordem ou realização de serviço determinado por autoridade superior, ainda que fora do local de trabalho, e ainda, quando ocorra no percurso entre a residência e o local de trabalho, qualquer que seja o meio de locomoção.

	<p>Instituto de Infectologia "Emilio Ribas"</p> <p>Notificação de Acidente de Trabalho/Doença Ocupacional</p>	<p>Código</p> <p>DIR_SEESMT 001</p>	<p>Página</p> <p>Página</p> <p>10 de 10</p>	
---	---	-------------------------------------	---	---

TESTEMUNHA DE ACIDENTE DE TRABALHO

Eu, _____

RG, _____

Declaro que em ____/____/____

Senhor (a) _____,

RG, _____, na função de _____, classificado na Diretoria

_____ do Instituto de Infectologia "Emilio Ribas", foi vítima de

Acidente de Trabalho: (descrição) _____

São Paulo, ____/____/____

Ultima revisão por: Carlos Roberto Batista Santos – Sup.Téc - I