



Secretaria de Estado da Educação  
**DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO CENTRO-OESTE**  
Avenida Rio Branco, nº 1.260 – São Paulo/SP CEP 01206-001  
Telefone: 11 3866-3510  
Site: <http://decentrooeste.educacao.sp.gov.br>  
E-mail: [dectocrh@educacao.sp.gov.br](mailto:dectocrh@educacao.sp.gov.br)

**ACIDENTE DE TRABALHO** – Iniciar SEI – tipo **Processo de Afastamentos ou Licenças** e incluir:

- Requerimento do Servidor (vide Anexo I – Requerimento do Servidor)
- NAT Notificação de Acidente de Trabalho (Anexo II Formulário - Notificação de Acidente de Trabalho – NAT)
- Relatório Médico (conforme SPG 09/2016)

**DESTACAMOS:** A necessidade de abertura de Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, dos servidores contratados na forma da Lei 1.093/2007 e regidos pelo Regime Geral de Previdência Social – RGPS (**docentes categoria O, AOE e comissionados**), sob pena de multa em caso de omissão:

Os responsáveis na unidade escolar, na diretoria de ensino, bem como nos órgãos centrais deverão abrir a Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, quando caracterizado acidente de trabalho ou doença profissional, acessando a página do INSS por meio do link: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/registrar-comunicacao-de-acidente-de-trabalho-cat>

(Caso o link não abra, ele pode ser copiado e colado na barra de endereço do seu navegador)

Em caso de dúvida, vide na íntegra anexo: Boletim - Comunicado de Acidente do Trabalho – CAT RGPS - INSS

**Caso não seja possível registrar a CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) no caminho descrito acima**, há a possibilidade de se preencher o formulário disponibilizado pelo link no anexo: *Boletim - Informe sobre Portal eSocialGOV SP*.

SEI devidamente instruído, deve ser tramitado para o CRH–CTO

O NAP tramitará para o setor responsável (SGGD-UCRH-DPME-ETAT) no prazo de até 10 dias corridos da data do acidente.

\*quanto ao relatório Médico de acordo com a SPG 09/2016, pode ser consultado no link abaixo

[http://vclipping.planejamento.sp.gov.br/Vclipping1/index.php/Resolu%C3%A7%C3%A3o\\_SPG\\_n%C2%BA\\_09\\_de\\_12\\_de\\_abril\\_de\\_2016](http://vclipping.planejamento.sp.gov.br/Vclipping1/index.php/Resolu%C3%A7%C3%A3o_SPG_n%C2%BA_09_de_12_de_abril_de_2016)

Caso o link não abra, ele pode ser copiado e colado na barra de endereço do seu navegador.

**ATENÇÃO:** Se houver novas licenças, acarretadas pelo acidente, e o processo no SEI ainda não tenha voltado para a escola (para acrescentar essa nova licença), um novo SEI deverá ser aberto, mas com o TIPO: **“Atendimento a Solicitações”**, incluindo, além dos itens citados abaixo, também um Ofício solicitando que esse novo pedido seja anexado ao processo principal - informando o número do processo SEI. Itens:

- Requerimento licenças subsequentes (vide Anexo III – Licenças subsequentes)
- Relatório Médico (conforme SPG 09/2016)

## Anexo I

### Requerimento

<b>NOME:</b>		
<b>R.G:</b>	<b>CPF:</b>	<b>NI:</b>
<b>ENDEREÇO:</b>		
<b>BAIRRO:</b>	<b>CIDADE:</b>	
<b>ESTADO:</b>	<b>CEP:</b>	
<b>CARGO:</b>		
<b>SECRETARIA:</b>		

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,

xx / xx / xxxx

---

Assinatura

\* Todos os campos são de preenchimento obrigatório



## 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: Horário do Acidente: Posto de Trabalho: 

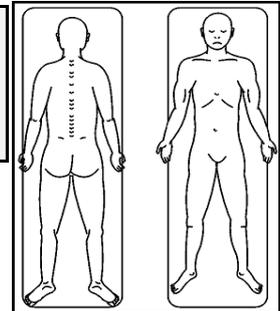
### DADOS DO ACIDENTADO

Nome: Data de Nasc: 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

(Favor apontar na figura ao lado)

Partes do Corpo Atigindidas e/ou Problemas Mentais Decorrentes: CID: Houve Afastamento? Sim Não Previsão de Afastamento: 

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES EM CASO DO ACIDENTE

1) Tipico: 

2) Trajeto:

De Ida para o Local de Refeição Da Residência para o Trabalho De Volta do Local de Refeição Do Trabalho a Residência De Saída a Serviço durante o Expediente Outros



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA FAZENDA E PLANEJAMENTO  
DEPARTAMENTO DE PERÍCIAS MÉDICAS DO ESTADO DE SÃO PAULO



**OCORRÊNCIA POLICIAL**

Houve Registro de B.O?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não	Nº do Boletim de Ocorrência:	<input type="text"/>
Houve exame de Corpo de Delito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Horário de Saída do Local Assinalado no Item Anterior:	<input type="text"/>				
Meio de Locomoção Usado ao Sair do Acidente:	<input type="text"/>				
Houve Alteração ou Mudança no Percorso Habitual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Se Sim, por quê?	<input type="text"/>				

**DADOS DO SUPERIOR IMEDIATO**

Nome:	<input type="text"/>			RG:	<input type="text"/>
Cargo/Função:	<input type="text"/>	Unidade de Exercício:	<input type="text"/>		
Endereço Eletrônico:	<input type="text"/>		Telefone:	<input type="text"/>	

<b>Local:</b>	<input type="text"/>	<b>Data:</b>	<input type="text"/>
---------------	----------------------	--------------	----------------------

ASSINATURA E CARIMBO DO SUPERIOR IMEDIATO

\*Para que o evento danoso seja legalmente enquadrado como acidente de trabalho, deve ter ocorrido em função das atribuições funcionais do servidor, e em decorrência de: ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiros; ofensa física intencional, motivada por disputa relacionada ao serviço; ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiros; desabamento, inundação, incêndio ou outros casos fortuitos ou decorrentes de força 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 ocorre no percurso entre a residência e o local de trabalho, qualquer que seja o meio de locomoção.

### Anexo III

Ilustríssimo Senhor Diretor do Departamento de Perícias Médicas do Estado

<b>NOME:</b>		
<b>R.G:</b>	<b>CPF:</b>	<b>NI:</b>
<b>ENDEREÇO:</b>		
<b>BAIRRO:</b>	<b>CIDADE:</b>	
<b>ESTADO:</b>	<b>CEP:</b>	
<b>CARGO:</b>		
<b>SECRETARIA:</b>		

Solicito o enquadramento da licença para tratamento de saúde concedida conforme despacho publicado D.O.E.        /        /        , como em decorrência de acidente de trabalho/ou doença profissional, nos termos do artigo 57 e seguintes do Decreto nº 29.180/88.

Atenciosamente,

xx / xx / xxxx

---

Assinatura

\* Todos os campos são de preenchimento obrigatório