



## **ACIDENTE DE TRABALHO**

**Obs.** Paralelo ao “Acidente de Trabalho”, deve se seguir os trâmites de Licença Saúde, Auxílio-Doença já conhecidos pela Unidade Escolar – Caso venha a ser deferido o Processo, a LS/AD deverá ser alterado para 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, 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, copie e cole na barra de endereço)

**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:

<https://cadastro-cat.inss.gov.br/CATInternet/faces/pages/cadastramento/cadastramentoCat.xhtml>

SEI instruído enviar para a SEAPE-CTO



Secretaria de Estado da Educação  
**UNIDADE REGIONAL DE ENSINO CENTRO-OESTE**  
E-mail: [cto@educacao.sp.gov.br](mailto:cto@educacao.sp.gov.br)

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, copie e cole na barra de endereço)

A SEAPE tramitará para o setor responsável no prazo de até 10 dias corridos da data do acidente.

**ATENÇÃO:** Se houver **novas licenças, acarretadas pelo acidente**, deve ser utilizado o mesmo SEI, porém, caso o processo SEI ainda não tenha sido devolvido à Unidade Escolar (para acrescentar essa nova licença), nesse caso:

Um novo SEI deverá ser aberto, MAS selecionando o TIPO: “Atendimento a Solicitações”, e,

- Ofício solicitando que esse novo pedido seja anexado ao processo principal (INFORMAR O respectivo nº SEI)
- Requerimento licenças subsequentes (vide Anexo III – Licenças subsequentes)
- Relatório Médico (conforme SPG 09/2016)

SEI instruído enviar para a SEAPE-CTO

## 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:

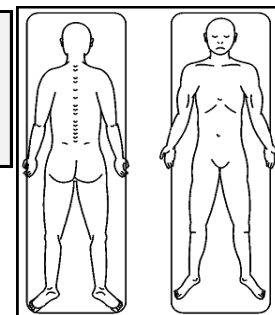
TEL:

Nome:

RG:

TEL:

### DESCRIÇÃO RESUMIDA DO ACIDENTE



### DESCRIÇÃO RESUMIDA DAS PARTES DO CORPO ATINGIDA

(Favor apontar na figura ao lado)

Partes do Corpo Atingidas 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"/>

Local:	<input type="text"/>	Data:	<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*