



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



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 (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

NOME:		
R.G:	CPF:	NI:
ENDERECO:		
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,

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:

Cor:

CPF:

Sexo:

Endereço:

Cidade:

UF: TEL:

Cargo/Função:

Data de Exercício:

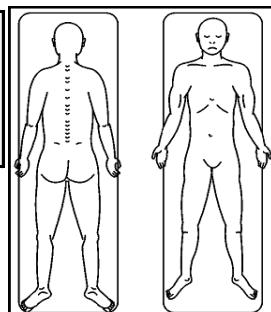
Secretaria:

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 NãoPrevisão 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?

Não

Houve exame de Corpo de Delito?

Sim

Nº do Boletim de Ocorrência:

Horário de Saída do Local Assinalado no Item Anterior:

Não

Meio de Locomoção Usado ao Sair do Acidente:

Houve Alteração ou Mudança no Percurso 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 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

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

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*