

PORTARIA 354/SMA – G/2000 – DOM 21/09/00

APROVA NORMAS PARA A IMPLANTACAO DO REQUERIMENTO PADRONIZADO "COMUNICACAO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT".

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DA ADMINISTRAÇÃO, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, e

CONSIDERANDO:

- os termos da Lei 8.989/79, Capítulo III, e da Lei 9.159/80, que dispõem sobre benefícios devidos em virtude do Acidente do Trabalho e da Doença Profissional;
- o disposto no parágrafo único do artigo 15 da Lei 9.159/80, que atribui competência à Secretaria Municipal da Administração para expedir normas a respeito da comunicação interna para a participação do acidente do trabalho;
- a necessidade e a conveniência da padronização de rotinas e atos administrativos para o estabelecimento de fluxos mais ágeis e simplificados;
- a utilidade de se estabelecer orientação geral sobre Acidente do Trabalho, Moléstia Profissional e preenchimento da Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT;

EXPEDE

a presente Portaria aprovando normas para a implantação do Requerimento Padronizado "Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT":

- 1 - as comunicações de acidente do trabalho e os casos suspeitos ou confirmados de moléstia profissional deverão ser feitos através do Requerimento Padronizado "Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT" - MO 085 - código SUPRI 11.215.003.008.1742-9, conforme modelo anexo integrante da presente Portaria;
- 2 - a simples emissão da CAT não importa em reconhecimento do nexos causal, nem gera benefícios ao servidor;
- 3 - todo e qualquer acidente ocorrido com o servidor em seu ambiente de trabalho ou no trajeto de acesso ou saída do mesmo, deve gerar a emissão da CAT;
- 4 - frente à ocorrência de quaisquer das situações previstas no item 1, o servidor ou quem tiver conhecimento do evento deverá imediatamente comunicá-lo à chefia imediata do servidor. A partir do conhecimento do fato, a chefia imediata ou seu substituto legal, deverá providenciar a emissão e entrega da CAT, mediante protocolo, no prazo de 72 horas, sob pena de ser responsabilizada por sua omissão;
- 5 - o servidor, de posse da CAT deverá OBRIGATORIAMENTE se apresentar ao Departamento Médico - DEMED, munido da solicitação de perícia médica - SPM/GLM, que também deverá ser entregue ao servidor pela chefia, por ocasião da emissão da CAT;
- 6 - uma vez expedida a CAT, a unidade só deverá permitir o retorno do servidor ao trabalho, mediante a apresentação do Memorando de Comunicação de ALTA MÉDICA fornecido pelo DEMED, em caso de afastamento.
- 7 - NORMAS PARA PREENCHIMENTO DA CAT
 - 7.1 - O requerimento padronizado "Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT" tem por objetivo simplificar e agilizar a comunicação de acidentes do trabalho e moléstia profissional.
 - 7.2 - A CAT deverá ser expedida em 06 (seis) vias, preenchidos os seus campos sem

rasuras, de forma clara e legível.

7.3 - Todas as 6 vias da CAT deverão ser protocoladas no DEMED pelo próprio servidor, ou na impossibilidade, por pessoa de sua confiança, o mais breve possível. No ato, DEMED, após o registro, separará as 6 vias com a seguinte destinação:

Via branca Prontuário do DEMED

Via amarela HSPM

Via rosa DRH

Via ouro Unidade do servidor

Via verde Servidor

Via azul DEMED (Sindicatos/Entidades de Classe)

- As vias amarela, ouro e verde serão entregues no ato ao portador, com orientação para que entregue a via amarela e a ouro no HSPM e na Unidade de lotação do servidor, respectivamente.

- A via rosa será encaminhada pelo próprio DEMED ao DRH, ficando a via azul, à disposição dos Sindicatos e Entidades de Classe, no Departamento Médico.

8 - PREENCHIMENTO

Protocolo Demed - Campo à direita, no topo do formulário, a ser preenchido pelo DEMED.

CAMPO A - Identificação do servidor (destina-se à identificação completa do servidor).

- Nome do servidor por extenso

- RF: registro funcional com todos os dígitos

- Cargo/Função, acrescido do código de endereçamento, para efeito de pagamento

- do RG (Carteira de Identidade)

- Horário de Trabalho: horário regular de trabalho do servidor

CAMPO B - Identificação da Unidade de Lotação

Todos os campos deverão ser preenchidos.

CAMPO C - Informações sobre o acidente

Local - do acidente (endereço, número ou proximidade)

Data/Hora/Dia da semana - em que ocorreu o acidente

Ocupação habitual do acidentado - tarefa rotineira do servidor

Ocupação na hora do acidente - tarefa que desempenhava o servidor no momento do acidente ou se estava em trânsito

Nos campos "descrição do acidente" e "partes do corpo atingidas", esclarecer com precisão o acidente, detalhando as partes do corpo afetadas, inclusive o lado (Ex.: dedo anular da mão direita).

Descrever, se for o caso, o local para onde foi conduzido o acidentado, com data e hora da remoção.

Se o espaço não for suficiente, utilize o verso.

Boletim de Ocorrência - caso tenha havido boletim de ocorrência, indicar o número e o Distrito.

Testemunhas

Este campo só deverá ser preenchido com dados relativos às pessoas que presenciaram o acidente ou conviveram no trabalho com o servidor, no caso de moléstia profissional.

Identificar duas testemunhas através de:

Nome completo da testemunha;

Endereço/nº- completo da residência da testemunha;

Bairro/Município/CEP - correspondente ao endereço da testemunha;

RG/Assinatura: a testemunha deverá se identificar através de Cédula de Identidade e assinar o documento.

CAMPO D - Informações sobre a doença do trabalho

Descrever sintomas, condições ou situações presentes no trabalho, que possam ter gerado a doença.

Relacionar produtos, materiais e equipamentos utilizados no desempenho da atividade.

No campo início da doença, considerar a data de início da incapacidade para o trabalho ou o dia em que foi feito o diagnóstico (o que ocorreu primeiro).

Nome/RF/Assinatura do chefe imediato ou do substituo legal: nome completo, carimbo, RF e assinatura

Data da emissão: dia, mês e ano

Nome/Assinatura do servidor ou preposto: Nome completo e assinatura ou nome completo, RG e assinatura do preposto

9 - As disposições constantes desta Portaria entrarão em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

OBS.: FORMULÁRIO, VIDE DOM 21/09/2000, PÁG. 3.