



Procedimento Operacional Padrão - POP

Município de Venâncio Aires
Setor de Saúde e Segurança do Trabalho

Criação: 18/04/2016
Modificação: 22/05/2018
Versão: 4ª
Código: SST15

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Nº 001	CRIAÇÃO: 18 de abril de 2016
COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO E DOENÇAS OCUPACIONAIS	ATUALIZAÇÃO: 16 de mai. de 2019
	VERSÃO: 5º

1. DO OBJETIVO:

Regulamentar a comunicação de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, uso do cartão seguro acidente de trabalho e a caracterização do nexo de causalidade previsto no art. 98, §3º, IV da Lei nº 3.072/02 para fins de contagem do avanço trienal.

2. DA APLICAÇÃO:

Aplica-se aos servidores municipais de todas as secretarias.

3. DO CONTEÚDO:

3.1 Das Definições

- 3.1.1 Acidente de Trabalho: Ocorrência imprevista e indesejável, instantânea ou não, relacionada com o exercício do trabalho, de que resulte ou possa resultar lesão pessoal.
- 3.1.2 Acidente de Trajeto: Acidente sofrido pelo servidor no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do servidor, desde que não haja interrupção ou alteração de percurso por motivo alheio ao trabalho.
- 3.1.3 Doença Ocupacional: Doença decorrente do exercício continuado ou intermitente de atividade laborativa capaz de provocar lesão por ação mediata.

3.2 Dos formulários de informação

- 3.2.1 Fica instituída a **Formulário de Informação de Acidente de Trabalho – FIAT** como meio oficial de comunicação interna para informação de acidentes típicos de trabalho e acidentes de trajeto, conforme previsto no ANEXO I, sem prejuízo das demais obrigações legais.
- 3.2.2 Fica instituída a **Formulário de Informação de Doença Ocupacional – FIDO** como meio oficial de comunicação interna para informação de doenças ocupacionais, conforme previsto no ANEXO II, sem prejuízo das demais obrigações legais.
- 3.2.3 Para fins de auxílio e acompanhamento, as secretarias interessadas poderão encaminhar um responsável pelo preenchimento da FIAT e da FIDO, que será nomeado por portaria específica.
 - 3.2.3.1 A FIAT e a FIDO estarão disponíveis no endereço eletrônico oficial da Prefeitura Municipal.
- 3.2.4 Preenchido e assinado o formulário, em única via, nos casos acima mencionados, o



Procedimento Operacional Padrão - POP

Município de Venâncio Aires
Setor de Saúde e Segurança do Trabalho

Criação: 18/04/2016
Modificação: 22/05/2018
Versão: 4ª
Código: SST15

servidor deverá entregá-lo no Serviço Médico Oficial **por meio de Processo Administrativo**.

3.2.4.1 Em caso de acidente de trajeto, deverá ser anexado o boletim de ocorrência à FIAT.

3.2.5 O Serviço Médico Oficial preencherá a comunicação de acidente ou doença ocupacional, no que for de sua competência, e a encaminhará ao Setor de Segurança do Trabalho para andamento do processo.

3.2.5.1 Para análise e caracterização do nexo causal, poderá o serviço médico exigir outros documentos para meio de prova.

3.2.6 O Setor de Segurança do Trabalho se responsabilizará por levar as Comunicações a que se trata este POP para análise e manifestação da CIPA.

3.2.7 Somente depois de preenchidos os campos “acompanhamento” e os destinados ao “serviço médico oficial” é que se encaminharão os formulários do ANEXO I e II para assinatura e ciência dos interessados.

3.3 Do cartão seguro acidente de trabalho

3.3.1 Concluídas as disposições do item 3.2 e seguintes, mediante termo individual, será liberado o cartão seguro acidente de trabalho.

3.3.1.1 Em caso de **emergência** ou **urgência** poderá ser entregue o cartão seguro acidente de trabalho antes do preenchimento das comunicações previstas nos ANEXOS I e II, mas não dispensa o processo de comunicação estabelecido neste POP.

3.3.1.2 Considera-se **emergência** as condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

3.3.1.3 Considera-se **urgência** a ocorrência imprevista de agravo a saúde como ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

3.3.1.4 A critério da Junta Médica Oficial, no caso de doença ocupacional, também poderá ser entregue o cartão seguro acidente de trabalho para apuração de diagnóstico, devendo o agravado apresentar o resultado para definição do nexo de causalidade.

3.3.2 O cartão somente ficará na posse do usuário enquanto durar o tratamento dos danos decorrentes do acidente ou doença ocupacional, salvo orientação diversa.

3.4 Do avanço trienal

3.4.1 Os casos de acidente de trabalho, acidente de trajeto e doença ocupacional, quando estabelecidos o nexo de causalidade pelo Serviço Médico Oficial, importarão na exceção prevista no art. 98, §3º, VI da Lei nº 3.072/02 para fins de cômputo do avanço trienal.



Procedimento Operacional Padrão - POP

Município de Venâncio Aires
Setor de Saúde e Segurança do Trabalho

Criação: 18/04/2016
Modificação: 22/05/2018
Versão: 4ª
Código: SST15

3.5 Informações e estatísticas

- 3.5.1 Antes do arquivamento dos ANEXOS I e II, deverá o Setor de Segurança do Trabalho encaminhar cópia dos formulários ao:
- 3.5.1.1 Responsável pelo fluxo de informação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN);
 - 3.5.1.2 Responsável pelo Relatório Individual de Notificação de Agravos (RINA);
 - 3.5.1.3 Prontuário médico do servidor.

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

4.1 Dos anexos

- 4.1.1 ANEXO I: Formulário de Informação de Acidente do Trabalho - FIAT
- 4.1.2 ANEXO II: Formulário de Informação de Doença Ocupacional – FIDO
- 4.1.3 ANEXO III: Fluxograma de Informações

4.2 Das Dúvidas ou omissões

- 4.2.1 Qualquer dúvida ou omissão relativa a esse Procedimento Operacional Padrão poderá ser levada ao Setor de Segurança do Trabalho, que procederá a análise e adotará as providências necessárias, no que couber.

4.3 Da Publicidade

- 4.3.1 O Setor de Segurança do Trabalho publicará este POP no site oficial da Prefeitura Municipal e nos átrios das secretarias interessadas.
-

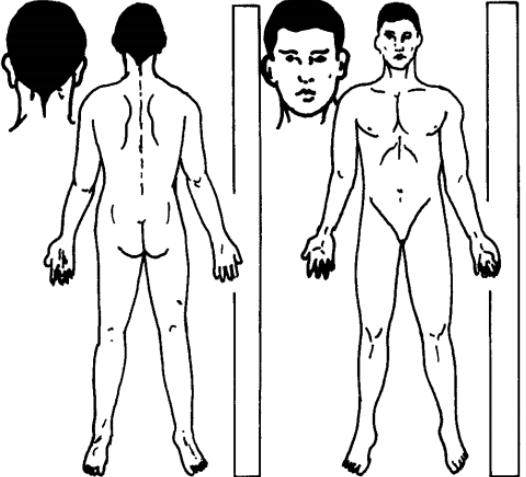
ANEXO I - FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO

1. Tipo do agravo: () Acidente Típico do Trabalho () Acidente de Trajeto | () ABERTURA () REABERTURA

DADOS DO(A) SERVIDOR(A):

2. Nome:			3. Vínculo: () Celetista () Estatutário () CC () Estagiário () Contrato		
4. Idade:	5. Sexo: M() F()	6. Cargo:		7. Secretaria:	
8. Local de Trabalho:			9. Tempo na função:		10. Telefone:
11. Endereço:					

DADOS DO AGRAVO:

12. Data:		13. Hora		14. Houve lesão? ☐ Sim ☐ Não		15. Atendimento médico? ☐ Sim ☐ Não		16. Registro policial? ☐ Sim ☐ Não	
17. Local do acidente:				18. Patrimônio Afetado? ☐ Sim ☐ Não		19. Valor:		20. Tipo:	
21. Óbito? ☐ Sim ☐ Não		22.Utilizava EPI? ☐ Sim ☐ Não		23. Quais?		 (Marcar com um X o local onde a lesão foi provocada) Descreva as partes:			
25. Horas trabalhadas na data da ocorrência:		26. Haverá necessidade de afastamento? ☐ Sim ☐ Não ☐ Talvez							
27. Descrição detalhada do acidente:[continuar no verso se necessário]									
28. Testemunhas – nome: a) b)				29. Testemunhas – cargo:		30. Testemunhas – telefone:			

31. Tipo de lesão (natureza):
☐ Escoriação, abrasão; ☐ Contusão, esmagamento; ☐ Distensão, torção; ☐ Fratura; ☐ Queimadura; ☐ Choque elétrico; ☐ Lesão ocular; ☐ Traumatismo; ☐ Corte; ☐ Perfuro-cortantes; ☐ Tendinite; lombalgias, cefaleia; ☐ Hérnia de disco; ☐ Outras lesões:

32. Principal agente causador:
☐ Retroescavadeira, motoniveladeira etc; ☐ Prensa, serra, esmeril etc; ☐ Equipamentos de cozinha; ☐ Ferramentas manuais; ☐ Objeto perfuro-cortante; ☐ Pó, cavaco, serragem, etc; ☐ Equipamento eletrificado; ☐ Veículo, vias; ☐ Óleos, graxas, solventes etc; ☐ Produtos de limpeza; ☐ Tijolo, paralelepípedo, cano etc; ☐ Material biológico; ☐ Sucata, entulho resíduo; ☐ Outros:

33. Principal situação geradora:

() Ataque de ser vivo; () Choque elétrico; () Queda de pessoa; () Queda de objeto; () Temperatura alta/baixa, exposição a; () Ruído;
 () Aprisionamento em, sob ou entre; () Absorção/inalação ; () Atrito ou abrasão; () Impacto de pessoa contra objeto em movimento;
 () Outras:

33. **Causa:**

() Negligência; () Imprudência; () Falta de manutenção; () Pressa; () Sono; () Gambiarra; () Falta de organização no trabalho;
() Ausência de sinalização; () Piso deficiente; () Falta de EPI; () Falta de treinamento; () Outras:

34. Data preenchimento:	35. Auxiliar das informações:	36. Assinatura do servidor:
-------------------------	-------------------------------	-----------------------------



Procedimento Operacional Padrão - POP

Município de Venâncio Aires
Setor de Saúde e Segurança do Trabalho

Criação: 18/04/2016
Modificação: 22/05/2018
Versão: 4ª
Código: SST15

PREENCHIMENTO DO SERVIÇO MÉDICO OFICIAL: (NÃO PREENCHER)

37. Haverá necessidade de afastamento? () Sim () Não () Talvez Número de dias:		38. Nome do médico que assistiu de imediato: CRM:
39. CID 10:	40. Data da homologação:	41. Nexo causal: () Sim – causa necessária () Talvez () Sim – fator contributivo () Não – causa não necessária
42. Data início:	43. Data previsão de retorno:	
44. Necessita auxílio da Divisão de Psicologia? () Não () Sim, motivo: () definição do nexo causal () acompanhamento psicológico () Outro:		
45. Observações:		

ACOMPANHAMENTO: (NÃO PREENCHER)

46. Evolução do caso: () Cura () Incapacidade temporária () Incapacidade parcial () Incapacidade total () Óbito		Em / /
47. Observações:		
48. Parecer da CIPA: () Afastamento do agente de risco com mudança de função ou posto de trabalho () Afastamento do local de trabalho () Adoção de mudança na organização do trabalho () Adoção de proteção coletiva () Adoção de outra medida administrativa () Adoção de Proteção Individual () Nenhuma () Outros: Em / /		
49. Observações:		

ASSINATURAS:

50. Data chefia/secretário: / /		51. Data do atendimento do serviço médico oficial: / /
Assinatura Chefia Imediata	Assinatura Secretário	Assinatura e carimbo - Serviço Médico Oficial
52. Data do recebimento pelo RH: / /		NOTAS: PODERÁ RESPONDER PELAS SANSÕES PREVISTAS NA LEI MUNICIPAL Nº 3.072/2002 E CÓDIGO PENAL BRASILEIRO AQUELE QUE DECLARAR INFORMAÇÃO FALSA; O PREENCHIMENTO DESTE DOCUMENTO É OBRIGATÓRIO PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS; ANEXAR BOLETIM DE OCORRÊNCIA QUANDO HOUVER ACIDENTE DE TRÂNSITO. FICARÁ ASSEGURADO O EFETIVO DIREITO DE O SERVIDOR GOZAR DOS BENEFÍCIOS PREVISTOS EM LEI QUANDO CONSTATADO O NEXO CAUSAL ENTRE O ACIDENTE E O TRABALHO EXERCIDO.
Assinatura e carimbo do responsável do RH		

Esta FIAT deverá ser emitida em via única.

() Sistema | () RINA | () SINAN | () Prontuário

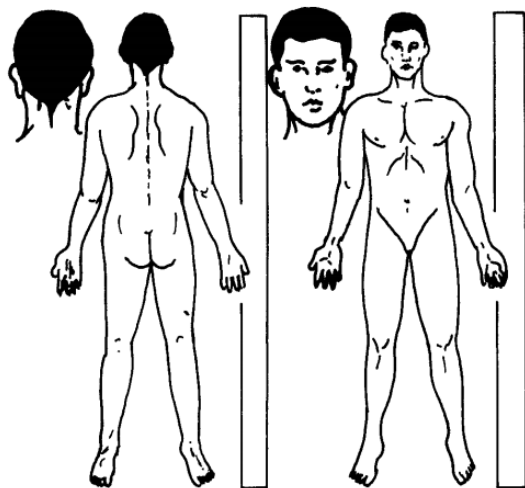
ANEXO II - FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO DE DOENÇA OCUPACIONAL

() ABERTURA () REABERTURA

DADOS DO(A) SERVIDOR(A):

1. Nome:			2. Vínculo: () Celetista () Estatutário () CC () Estagiário () Contrato		
3. Idade:	4. Sexo: M() F()	5. Cargo:		6. Secretaria:	
7. Local de Trabalho:			8. Tempo na função:		9. Telefone:
10. Endereço:					

DADOS DO AGRAVO:

11. Sinais e sintomas:					
☐ Alteração de sensibilidade		☐ Diminuição de força muscular		☐ Inflamação ☐ Formigamento	
1. Sim 2. Não		☐ Diminuição de movimentos ☐ Dor ☐ Outro:			
12. Tempo de exposição ao agente de risco:			13. Realiza atividade física habitual?		14. Qual(is)?
☐ ☐ ☐ 1. Hora 2. Dia 3. Mês 4. Ano			() Sim () Não		
15. Já buscou atendimento médico?		16. Trabalho extra-prefeitura:		17. Qual(is)?	
() Sim () Não		() Sim () Não			
18. Uso de drogas:			19. Parte do Corpo Atingida:		
☐ ☐ ☐ Cigarro ☐ ☐ ☐ Álcool ☐ ☐ ☐ Outras					
1. Sim 2. Não A. Habitual B. Frequente C. Eventual					
20. Com afastamento do trabalho:		21. Peso (kg):	22. Altura (m):		
() Melhora () Piora () Não sei					
23 Descrição detalhada do agravos:					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....[continuar no verso se necessário]					
24. Testemunhas – nome:		25. Testemunhas – cargo:		26. Testemunhas – telefone:	
a).....					
b).....					
c).....					
27. Tipo de lesão (natureza):					
() Lesão por esforço repetitivo - LER; () Câncer; () Alergia; () Hérnia; () Dermatose; () Lombalgias; () Cefaleia [dor de cabeça];					
() Perda auditiva; () Doenças respiratórias; () Outras					
28. Principal agente causador:					
() Movimento repetitivo membro superior; () Movimento repetitivo membro inferior; () Carregamento manual de carga; () Postura estática sentada; () Postura estática de pé; () Agentes irritantes à pele; () Ruído; () Poeira, gases, névoa, vapor; () Microorganismos;					
() Vibração; () Outros					
29. Principal situação geradora:					
() Mobiliário inadequado; () Maquinário deficiente; () Esforço físico intenso; () Exposição a agentes químicos; () Exposição a ruído;					
() Exposição à vibração; () Exposição à poluição da água; () Outros					
30. Data preenchimento:		31. Auxiliar das informações:		32. Assinatura do servidor:	



Procedimento Operacional Padrão - POP

Município de Venâncio Aires
Setor de Saúde e Segurança do Trabalho

Criação: 18/04/2016
Modificação: 22/05/2018
Versão: 4ª
Código: SST15

PREENCHIMENTO DO SERVIÇO MÉDICO OFICIAL: (NÃO PREENCHER)

33. Haverá necessidade de afastamento? () Sim () Não () Talvez Número de dias:		34. Nome do médico que assistiu de imediato: CRM:
35. CID 10:	36. Data da homologação:	37. Nexos causais: () Sim – causa necessária () Talvez () Sim – fator contributivo () Não – causa não necessária
38. Data início:	39. Data previsão de retorno:	
40. Necessita auxílio da Divisão de Psicologia? () Não () Sim, motivo: () definição do nexos causal () acompanhamento psicológico () Outro:		
41. Observações:		

ACOMPANHAMENTO: (NÃO PREENCHER)

42. Evolução do caso: () Cura () Incapacidade temporária () Incapacidade parcial () Incapacidade total () Óbito		Em / /
43. Observações:		
44. Parecer da CIPA: () Afastamento do agente de risco com mudança de função ou posto de trabalho () Afastamento do local de trabalho () Adoção de mudança na organização do trabalho () Adoção de proteção coletiva () Adoção de outra medida administrativa () Adoção de Proteção Individual () Nenhuma () Outros: Em / /		
45. Observações:		

ASSINATURAS:

46. Data Chefia/secretário: / /		47. Data do atendimento do serviço médico oficial: / /
Assinatura Chefia Imediata	Assinatura Secretário	Assinatura e carimbo - Serviço Médico Oficial
48. Data do recebimento pelo RH: / /		NOTAS: PODERÁ RESPONDER PELAS SANSÕES PREVISTAS NA LEI MUNICIPAL Nº 3.072/2002 E CÓDIGO PENAL BRASILEIRO AQUELE QUE DECLARAR INFORMAÇÃO FALSA; O PREENCHIMENTO DESTE DOCUMENTO É OBRIGATÓRIO PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS; FICARÁ ASSEGURADO O EFETIVO DIREITO SE O SERVIDOR GOZAR DOS BENEFÍCIOS PREVISTOS EM LEI QUANDO CONSTATADO O NEXO CAUSAL ENTRE A DOENÇA E O TRABALHO EXERCIDO.
Assinatura e carimbo do responsável do RH		

Esta FIDO deverá ser emitida em via única.

() Sistema | () RINA | () SINAN | () Prontuário



Procedimento Operacional Padrão - POP

Município de Venâncio Aires
Setor de Saúde e Segurança do Trabalho

Criação: 18/04/2016
Modificação: 18/04/2016
Versão: 1ª
Código: SST15

ANEXO III – FLUXOGRAMA DE INFORMAÇÕES

