

Manual

Formulário

CAT/SP

SUMÁRIO

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. CADASTRO DE ACIDENTE DE TRABALHO – CAT/SP.....	5
3. ACIDENTE RELACIONADO AO TRABALHO.....	7
4. AVALIAÇÃO MÉDICA.....	9
5. PROCEDIMENTOS.....	10
6. DECLARAÇÃO.....	11
7. CADASTRO DE ACIDENTE DE TRABALHO – CAT/INSS.....	11

1. INTRODUÇÃO

Acidente é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da instituição (UFABC), provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

Configura-se acidente em serviço, o dano físico ou mental sofrido pelo servidor, decorrente das atribuições exercidas pelo seu cargo, de forma direta ou indiretamente (art. 212 da Lei nº. 8.112/90).

Equiparam-se também ao acidente do trabalho o acidente ligado à atividade que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do servidor, para redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação.

Neste contexto, também se considera acidente do trabalho:

I - o acidente sofrido pelo servidor no local e no horário do trabalho, em consequência de:

a) ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho;

b) ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada ao trabalho;

c) ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro ou de companheiro de trabalho;

d) ato de pessoa privada do uso da razão;

e) desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos ou decorrentes de força maior;

II - a doença proveniente de contaminação acidental do servidor no exercício de sua atividade;

III - o acidente sofrido pelo servidor ainda que fora do local e horário de trabalho:

a) na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da instituição;

b) na prestação espontânea de qualquer serviço à instituição para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;

c) em viagem a serviço da instituição, inclusive para estudo quando financiada por esta dentro de seus planos para melhor capacitação da mão-de-obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do servidor;

d) 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;

IV - nos períodos destinados a refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local do trabalho ou durante este, o servidor é considerado no exercício do trabalho.

Conforme determinação expressa no art. 214 da Lei nº. 8.112/90, a prova do acidente será feita no prazo de 10 (dez) dias, prorrogáveis quando as circunstâncias o exigirem. Será aceito como prova qualquer documento que comprove a ocorrência do fato, a exemplo de boletim de ocorrência, fotografia, relato de profissional socorrista ou congênere, testemunhas, dentre outros meios que registrem o fato ocorrido.

Todo acidente de trabalho deverá ser registrado mediante formulário de **Comunicação de Acidente de Trabalho no Serviço Público – CAT/SP**.

A CAT/SP é um documento padronizado, utilizado pelos órgãos da Administração Pública Federal para informar o acidente em serviço ocorrido com o servidor. É um instrumento notificador que poderá propiciar a associação de informações estatísticas, epidemiológicas, trabalhistas e sociais.

2. CADASTRO DE ACIDENTE DE TRABALHO – CAT/SP

Procedimentos: Servidores Regidos pela Lei nº. 8112/90

Através do formulário **SST-F4 (Formulário de Notificação de Ocorrência)**, qualquer pessoa pode cadastrar um acidente de trabalho cometido por servidor desta instituição (UFABC).

Esta aplicação possibilita cadastrar a **Comunicação de Acidente de Trabalho do Servidor Público – CAT/SP** junto a Prefeitura Universitária/Divisão de Segurança do Trabalho da UFABC e Divisão de Saúde e Qualidade de Vida (DSQV) para que estas em conjunto e quando necessário, tomem todas as futuras ações de prevenção no que tange as medidas de segurança coletivas, individuais e administrativas cabíveis.

2.1. DADOS DO EMITENTE E DO SERVIDOR

2.1.1. A seção de **número 1 (um)** do formulário, contem os campos destinados ao Emitente da CAT/SP. Esta poderá ser preenchida pelo próprio servidor acidentado, por sua chefia imediata, testemunha do acidente ou por servidor da Seção de Promoção à Saúde - PROAP.

1. DADOS GERAIS DE ABERTURA DE CAT (Preenchido por: Chefia Imediata ou Servidor Acidentado ou Testemunha ou PROAP Saúde – Enfermaria)			
1.1. DADOS DO EMITENTE			
NOME:		E-MAIL:	
SIAPE:		<input type="checkbox"/> - RG OU <input type="checkbox"/> - CPF:	
TELEFONE/RAMAL:		DATA DE REGISTRO:	
2. DADOS DO SERVIDOR			
NOME:		SIAPE:	
CARGO:		RAMAL:	
TEMPO NO CARGO ATUAL:		RG:	
ÁREA:		CPF:	
DATA DE NASCIMENTO:		E-MAIL:	
<input type="checkbox"/> - MASCULINO <input type="checkbox"/> - FEMININO		E-MAIL CHEFIA IMEDIATA:	
2.1. ENDEREÇO			
LOGRADOURO:		CIDADE:	
NÚMERO:		UF:	
COMPLEMENTO:		CEP:	BAIRRO:

Figura 1. Campo de Dados Gerais de Abertura da CAT (Emitente e Servidor).

- 2.1.2. O campo **“data de registro”** deverá conter a data que o Emitente esta preenchendo a CAT/SP, pois em alguns casos o preenchimento deste documento poderá ser posterior ao acidente.
- 2.1.3. A seção de **número 2 (dois)** do formulário, contem os campos destinados ao servidor envolvido no acidente. Cabe explicar que, o campo **“tempo no cargo atual”** deverá conter o lapso temporal que o servidor exerce a atividade a qual se acidentou.
- 2.1.4. Já o campo **“área”** deve conter o local de trabalho do servidor, por exemplo, Prefeitura Universitária – **PU**; Centro de Ciências Naturais e Humanas – **CCNH**; entre outras.
- 2.1.5. Depois de preenchida, a CAT/SP deverá ser encaminhada à Divisão de Segurança do Trabalho, da Prefeitura Universitária para análise e realização, se necessário, das inspeções no local do acidente e investigação do mesmo.
- 2.1.6. No caso de haver documento comprobatório do acidente (boletim de ocorrência, fotografia ou outros), recomenda-se anexar à CAT/SP. Na hipótese de não haver outra prova, a CAT/SP configurará prova para fins legais, devendo ser apresentada no prazo de 10(dez) dias, prorrogáveis quando as circunstâncias assim o exigirem (art. 214 da Lei nº. 8.112/90).

3. ACIDENTE RELACIONADO AO TRABALHO

3.1. ACIDENTE RELACIONADO AO TRABALHO	
DATA DO ACIDENTE:	ÚLTIMO DIA DE TRABALHO:
HORÁRIO DO ACIDENTE:	HOUVE TESTEMUNHA: <input type="checkbox"/> - SIM <input type="checkbox"/> - NÃO
APÓS QUANTAS HORAS DE TRABALHO:	NOME DA TESTEMUNHA:
HOUVE AFASTAMENTO: <input type="checkbox"/> - SIM <input type="checkbox"/> - NÃO	HOUVE REGISTRO POLICIAL: <input type="checkbox"/> - SIM <input type="checkbox"/> - NÃO
3.2. TIPO DE ACIDENTE	
<input type="checkbox"/> ACIDENTE TÍPICO <input type="checkbox"/> ACIDENTE COM ÓBITO <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRAJETO <input type="checkbox"/> DOENÇA PROFISSIONAL/TRABALHO	
USAVA EPIS: <input type="checkbox"/> - SIM <input type="checkbox"/> - NÃO	QUAL (IS):

Figura 2. Campo destinado a Investigação do Acidente (Divisão de Segurança do Trabalho).

3.1. A seção de **número 3 (três)** do formulário, contem os campos destinados ao registro das informações técnicas relacionadas ao acidente do trabalho.

- ✓ **DATA DO ACIDENTE** – Informar à data que ocorreu o acidente do trabalho.
- ✓ **HORÁRIO DO ACIDENTE** – Informar o horário aproximado do acidente do trabalho.
- ✓ **APÓS QUANTAS HORAS** – Informar após quanto tempo (horas e minutos) que ocorreu o acidente do trabalho. Por exemplo, caso a jornada laboral do servidor iniciou-se às 08h00min e o acidente ocorreu as 10h00min. O campo deve ser preenchido por 2h00min.
- ✓ **HOUVE AFASTAMENTO** – Informar **SIM** para os casos onde o acidente do trabalho impedirá o acidentado de voltar ao trabalhar no dia imediato ao do acidente ou de que resulte incapacidade permanente.
- ✓ **ÚLTIMO DIA DE TRABALHO** – Informar o último dia de trabalho para os casos onde o acidente de trabalho ocorreu com afastamento, caso a pergunta anterior for positiva.
- ✓ **HOUVE TESTEMUNHA** – Informar se alguém testemunhou o acidente do trabalho.
- ✓ **NOME DA TESTEMUNHA** – Informar o nome da testemunha, caso a informação acima for positiva.

- ✓ **HOUVE REGISTRO POLICIAL** – Informar se a ocorrência de acidente de trabalho teve registro policial, por exemplo, Boletim de Ocorrência – B.O.
- ✓ **ACIDENTE TÍPICO** – Acidente ocorrido no exercício das atividades ordinárias profissionais no ambiente de trabalho ou no exercício de suas atividades a serviço da instituição.
- ✓ **ACIDENTE COM ÓBITO** – Informar este campo caso o acidente foi fatal.
- ✓ **USAVA EPIS** – Informar se o acidentado utilizava Equipamento de Proteção Individual - EPI no momento do acidente do trabalho.
- ✓ **QUAL** – Discriminar quais EPIs o servidor estava utilizando no momento do acidente do trabalho, caso a pergunta anterior for positiva.
- ✓ **ACIDENTE DE TRAJETO** – Acidente sofrido pelo empregado 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.
- ✓ **MEIO DE LOCOMOÇÃO UTILIZADO** – Informar o meio de locomoção utilizado no momento do acidente de trajeto, por exemplo: a) veículo coletivo; ou b) veículo particular (moto).
- ✓ **HOUVE ALTERAÇÃO OU MUDANÇA DE TRAJETO** – Informar se o acidente de trajeto ocorreu com alteração do trajeto ordinário do servidor.
- ✓ **TRAJETO** – Informar qual foi o trajeto do acidente: a) da residência para UFABC; ou b) da UFABC para residência; ou c) da ida para o local de refeição no intervalo; ou d) da volta do local de refeição no intervalo; ou e) outros.

4. LESÃO	
PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S):	
AGENTE CAUSADOR DO ACIDENTE:	
CIRCULE COM CANETA O LOCAL ATINGIDO NO ACIDENTE DE TRABALHO:	
	

Figura 3. Campo destinado a Investigação do Acidente (Divisão de Segurança do Trabalho).

A seção de **número 4.** do formulário, contem os campos destinados ao registro das informações técnicas relacionadas à lesão do acidentado. No campo **“parte do corpo atingido”**, os peritos técnicos irão discriminar o local da lesão, por exemplo, corte na mão direita. O campo **“agente causador do acidente”** irá conter qual objeto derivou no acidente, por exemplo, estilete. No campo **“descrição do acidente”** o perito técnico deve descrever de forma objetiva o relato do acidente.

Na imagem acima, está circulado o local da lesão que gerou o acidente do trabalho, por exemplo, caso o acidente foi um corte na mão direita, fazer conforme exemplo acima.

Após investigação, constatado e evidenciado o acidente, a equipe técnica irá propor medidas de ação, elaborando um plano que deverá conter critérios e prazos de verificação para medidas de correção e eliminação dos riscos e possibilidades de novos acidentes.

4. AVALIAÇÃO MÉDICA

A seção de **número 7.** será destinada aos peritos médicos do trabalho, que após investigação do acidente, irão configurar o nexo causal entre o relato do acidente e a lesão do acidentado.

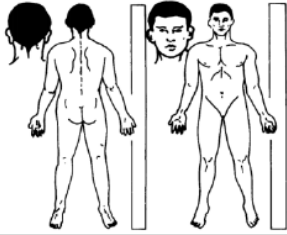
7. AVALIAÇÃO CLÍNICA (Preenchido por: MÉDICO DO TRABALHO)		
NOME DO MEDICO PERITO:		
SIAPÉ:	CRM:	
NÚMERO DO ACIDENTE:	DATA DA PERÍCIA:	HORA:
ACIDENTADO(S) ENCAMINHADO(S) PARA SERVIÇO DE SAÚDE INSTITUCIONAL: <input type="checkbox"/> - SIM <input type="checkbox"/> - NÃO		
7.1 LOCAL DO PRIMEIRO ATENDIMENTO		
Local:	Data:	Hora:
Médico:	CRM:	
Diagnóstico/CID:	Afastamento:	
7.2. AVALIAÇÃO MÉDICA – PERÍTO DSQV		
FOI CONSTATADO NEXO CAUSAL: <input type="checkbox"/> - SIM <input type="checkbox"/> - NÃO		Agente causador:
Parte do Corpo Atingida:		
Situação Geradora:		Natureza da Lesão:
SERVIDOR AFASTADO: <input type="checkbox"/> - SIM <input type="checkbox"/> - NÃO		TEMPO DE AFASTAMENTO PREVISTO (Dias):
Diagnóstico/ CID:		Número da CAT:

Figura 4. Campo destinado a Perícia Médica (Divisão de Saúde e Qualidade de Vida).

Toda licença por acidente em serviço, independente de gerar ou não afastamento do trabalho, será realizada por perícia oficial singular para licenças de até 120 (cento e vinte) dias, ininterruptos ou não, no período de 12 (doze) meses a contar do primeiro dia de afastamento. Nos casos em que a licença exceder os 120 (cento e vinte) dias, ininterruptos ou não, no período de 12 (doze) meses a contar do primeiro dia de afastamento, será realizada junta médica oficial pela DSQV/SUGEPE (art. 203, § 4º, da Lei nº. 8.112/90).

5. PROCEDIMENTOS

A seção de **número 8 (oito)** do formulário, contém os procedimentos (fluxos) que devem ser seguidos pelo Emitente.

8. PROCEDIMENTOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Este formulário deverá ser preenchido, impresso em frente e verso, assinado e entregue na Prefeitura Universitária/Divisão de Segurança do Trabalho. 2. Em posse deste formulário, quando nas dependências da UFABC, pela equipe técnica da Divisão de Segurança do Trabalho e da Medicina do Trabalho realizarão inspeções no local e perícia médica, com agendamento prévio. 3. Dúvidas poderão ser sanadas através dos e-mails: segurancadotrabalho@ufabc.edu.br; acidentedetrabalho@ufabc.edu.br.

Figura 5. Procedimentos que devem ser seguidos pelo Emitente.

6. DECLARAÇÃO

A seção de **número 9 (nove)** do formulário, contém a declaração e assinaturas do emitente e chefia imediata do acidentado. Este campo deverá ser assinado antes da entrega para a Divisão de Segurança do Trabalho realizar a investigação do acidente.

9. DECLARAÇÃO
<p>Declaro que li e compreendi as informações constantes neste formulário, que as informações por mim prestadas são verdadeiras e que assumo total responsabilidade pelas mesmas.</p> <p>Data: ___/___/___</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Assinatura do Emitente</p>
<p>Declaro que li e compreendi as informações constantes neste formulário, que as informações por mim prestadas são verdadeiras e que assumo total responsabilidade pelas mesmas.</p> <p>Data: ___/___/___</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Assinatura e Carimbo da Chefia Imediata do Acidentado</p>

Figura 6. Assinaturas do Emitente e Chefia Imediata do Acidentado.

7. CADASTRO DE ACIDENTE DE TRABALHO – CAT/INSS

Procedimentos: Servidores Contratados por Tempo Determinado nº. 8213/91

Através do formulário CAT/INSS, disponível no site da previdência social: <http://www.previdencia.gov.br/forms/formularios/form001.html>, a CAT/RGPS poderá ser preenchida pelo próprio servidor acidentado, por sua chefia imediata, testemunha do acidente ou por um servidor da Seção de Promoção à Saúde – PROAP, aos servidores contratados por tempo determinado, desta instituição (UFABC).

Nesse caso, o acidente de trabalho é definido com base nos arts. 19 a 21 da Lei nº. 8.213/91, pelo exercício do trabalho na Administração Pública Federal, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, que cause a morte, a perda ou a redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

Equiparam-se também ao acidente do trabalho, para efeitos da Lei nº 8.213, de 1991:

I - o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação;

II - o acidente sofrido pelo segurado no local e no horário do trabalho, em consequência de: a) ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho; b) ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada ao trabalho; c) ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro ou de companheiro de trabalho; d) ato de pessoa privada do uso da razão; e) desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos ou decorrentes de força maior;

III - a doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade;

IV - o acidente sofrido pelo segurado ainda que fora do local e horário de trabalho: a) na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa; b) na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito; c) em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo quando financiada por esta dentro de seus planos para melhor capacitação da mão-de-obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado; d) 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 segurado.

Nos períodos destinados a refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local do trabalho ou durante este, o servidor é considerado no exercício do trabalho.

A CAT/RGPS deverá ser encaminhada para DSQV/SUGEPE. A comprovação do acidente do trabalho compete exclusivamente à perícia do INSS. Compete à DSQV/SUGEPE tão somente a emissão e envio da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT/RGPS), nos prazos legais. No caso de haver documento comprobatório de acidente (boletim de ocorrência, fotografia ou outros), recomenda-se anexar à CAT/RGPS.

A DSQV/SUGEPE é a responsável pela realização da perícia dos primeiros 15 dias para concessão da Licença para tratamento de saúde – RGPS. Os servidores regidos por esta lei, quando vítimas de acidente de trabalho, serão encaminhados ao INSS a partir do 16º dia de afastamento do trabalho (conforme art.75, §2, do Decreto nº 3.048/1999) e caberá ao INSS, nestes casos, a realização de perícia e a responsabilidade pela remuneração no período que exceder aos 15 dias dos casos previstos em lei.

Fundamentação Legal:

- ✓ Lei nº 8.112/90
- ✓ Lei nº 8.213/91
- ✓ Decreto nº 3.048/99
- ✓ Manual de Perícia oficial: disponível em “Documentos” / “Manuais” / data publicação:25/04/2017).

Elaborado por:

**Divisão de Segurança do Trabalho - PU
Superintendência em Gestão de Pessoas – SUGEPE
Divisão de Saúde e Qualidade de Vida**