

2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

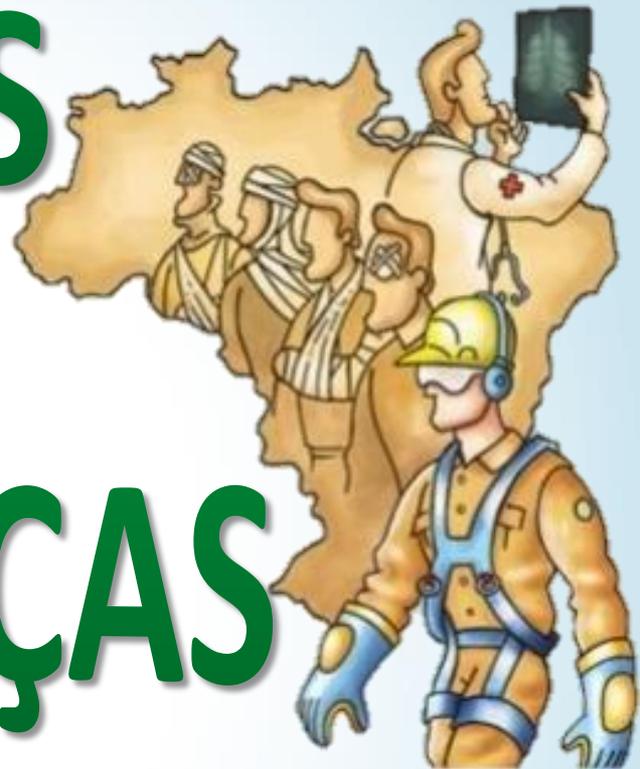
ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias



ACIDENTES E DOENÇAS DO TRABALHO



2019

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

- ❖ O que é Acidente do Trabalho;
- ❖ O que é Acidente Típico e de Trajeto;
- ❖ Procedimento para abertura de Acidente do Trabalho;
- ❖ Procedimento para abertura de Doença do Trabalho;
- ❖ A importância de registrar a ocorrência de acidente ou de doença do trabalho;
- ❖ Como é feita a investigação de acidente;
- ❖ A importância da investigação de acidente;
- ❖ O que é CAT;
- ❖ A maior causa de acidente de trabalho na PMU;
- ❖ Quem é afetado quando ocorre um acidente de trabalho (abrangência e dimensão);
- ❖ Como encontrar o NST no portal da PMU.

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLÂNDIA
VOCÊ PODE CONTAR COM A ASSISTÊNCIA

2019

Conceito

ACIDENTE

Acidente de trabalho é qualquer ocorrência não programada, inesperada, que interfere ou interrompe o processo normal de uma atividade, trazendo como consequência isolada ou simultânea perda de tempo, lesões ao homem, danos materiais ou ao meio ambiente.

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLÂNDIA
VOCÊ PODE CONTAR COM A ASSISTÊNCIA

2019

Conceito

RESUMINDO

***“OCORRÊNCIAS QUE NÃO
RESULTEM LESÕES OU DANOS
MATERIAIS, DEVEM SER
ENCARADAS COMO
ACIDENTE DO
TRABALHO.”***



CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLÂNDIA
VOCÊ PODE CONTAR COM A ASSISTÊNCIA

2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

**LEI Nº 8.213 - DE 24 DE JULHO
DE 1991 - DOU DE 14/08/1991
(Atualizada até Maio - 2009)**

**DISPÕE SOBRE O ACIDENTE DE
TRABALHO PREVIDENCIÁRIO.**

SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLÂNDIA
VOCÊ PODE CONTAR COM A ASSISTÊNCIA

2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

TÍTULO III DO REGIME GERAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

CAPÍTULO II AS PRESTAÇÕES EM GERAL

SEÇÃO I DAS ESPÉCIES DE PRESTAÇÕES

Artigo 21

2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

Art. 21 - Equiparam-se também ao acidente do trabalho, para efeitos desta Lei:

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;

SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLÂNDIA
VOCÊ PODE CONTAR COM A GESTÃO

2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

Art. 21 - Equiparam-se também ao acidente do trabalho, para efeitos desta Lei:

- 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;**

2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

Art. 21 - Equiparam-se também ao acidente do trabalho, para efeitos desta Lei:

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;

2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

Art. 21 - Equiparam-se também ao acidente do trabalho, para efeitos desta Lei:

IV - o acidente sofrido pelo segurado ainda que fora do local e horário de trabalho:

- 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.**

2019

ACIDENTE TÍPICO

É aquele que ocorre no local de trabalho, que determina lesão associada às atividades de trabalho desenvolvidas.



ACIDENTES E DOENÇAS DO TRABALHO



Raquel Dias

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLÂNDIA
VOCÊ PODE CONTAAR COM A ASSIST

2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

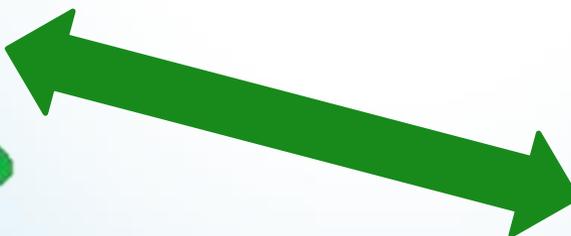
ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

ACIDENTE DE TRAJETO

É aquele que ocorre no percurso da residência para o trabalho ou do trabalho para a residência.



SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLÂNDIA
VOCÊ PODE CONTAR COM A GESTÃO

2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

LEI COMPLEMENTAR Nº 40/1992

DISPÕE SOBRE O ESTATUTO DOS
SERVIDORES PÚBLICOS DO
MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA,
SUAS AUTARQUIAS, FUNDAÇÕES
PÚBLICAS E CÂMARA
MUNICIPAL.

SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLÂNDIA
VOCÊ PODE CONTAR COM A BASTA

2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

TÍTULO II DOS DIREITOS E DAS VANTAGENS

CAPÍTULO V DAS LICENÇAS

SEÇÃO IV DA LICENÇA POR ACIDENTE EM SERVIÇO

Artigo 115 ao 118

Art. 118 - A prova do acidente será feita no prazo de dois dias, prorrogável quando as circunstâncias o exigirem.

2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

TÍTULO II

DOS DIREITOS E DAS VANTAGENS

CAPÍTULO V

DAS LICENÇAS

SEÇÃO II

DA LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

Art. 109 - O servidor não poderá recusar-se à inspeção médica, sob pena de suspensão de pagamento da remuneração, até que se realize a inspeção.

2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

QUAL A DIFERENÇA NO REGISTRO DE ACIDENTE TÍPICO E DE TRAJETO



SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLÂNDIA
VOCÊ PODE CONTAR COM A GESTÃO

2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

A RESPONSABILIDADE DA EMPRESA SOBRE O TRABALHADOR PERANTE A JUSTIÇA E O VALOR DO IMPOSTO A SER PAGO.

SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLÂNDIA
VOCÊ PODE CONTAAR COM A ASSISTÊNCIA

2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

✓ Justiça



✓ Contribuição para
o governo federal



2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

PROCEDIMENTOS PARA ACIDENTES DE TRABALHO NA PMU

Fluxograma para Acidente ou Doença Ocupacional

Disponível no portal da PMU na Área do Servidor

PROCEDIMENTOS PARA ACIDENTES DE TRABALHO



ACIDENTOU



INFORME A CHEFIA



ATENDIMENTO MÉDICO
(SUS)



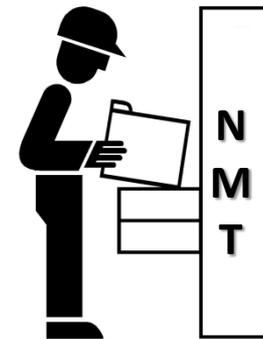
DIRIGIR-SE PARA A DGP

CICLO COMPLETO

EXAMINADO PELO MÉDICO DA PMU



ABERTURA DE OCORRÊNCIA E INVESTIGAÇÃO



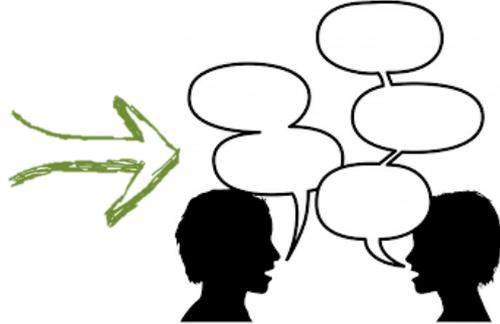
REGISTRE O ATESTADO - NMT



PROCEDIMENTOS PARA ACIDENTES DE TRABALHO



ACIDENTOU



INFORME A CHEFIA



ATENDIMENTO MÉDICO
(SUS)



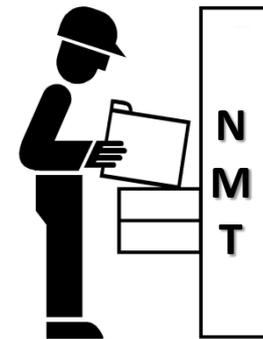
DIRIGIR-SE PARA A DGP

CICLO COMPLETO

EXAMINADO PELO MÉDICO DA PMU



ABERTURA DE OCORRÊNCIA E INVESTIGAÇÃO



REGISTRE O ATESTADO - NMT



PROCEDIMENTOS PARA ACIDENTES DE TRABALHO



**QUANDO
ACIDENTAR**



- ❖ **INFORME OS COLEGAS DE TRABALHO**
- ❖ **INFORME A CHEFIA**
- ❖ **PEÇA PARA ALGUÉM INFORMAR**



PROCEDIMENTOS PARA ACIDENTES DE TRABALHO



ATENDIMENTO MÉDICO



- ❖ REDE PÚBLICA DE SAÚDE - SUS
- ❖ PEÇA O ATESTADO
 - ✓ Comparecimento
 - ✓ Afastamento
- ❖ CONFIRA O ATESTADO



ATESTADO MÉDICO

- ✓ Nome da pessoa atendida pelo médico
- ✓ CID (Classificação Internacional de Doenças)
- ✓ CRM (Conselho Regional de Medicina – no carimbo)



3239-2536
3239-2563
Núcleo de
Medicina

PROCEDIMENTOS PARA ACIDENTES DE TRABALHO



**REGISTRO DO
ATESTADO DGP/NMT**



❖ **LEVAR O ATESTADO**

PRAZO
✓ 1 dia - contratado
✓ 2 dias - efetivo

❖ **PEDIR ALGUÉM PRA LEVAR**

❖ **INFORMAR QUE É ACIDENTE DE TRABALHO**

2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

CUIDADO!!!

**ATESTADO DE
COMPARECIMENTO OU DE
AFASTAMENTO COM UM DIA OU
HORAS, QUANDO
RELACIONADO AO
ACIDENTE DE TRABALHO,
DEVE SER ENTREGUE
DIRETAMENTE NO NMT, E NÃO
PARA A CHEFIA IMEDIATA.**

SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLÂNDIA
VOCÊ PODE CONTAR COM A GESTÃO

2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

O QUE FAZER QUANDO UM SERVIDOR SOFRE UM ACIDENTE DE TRABALHO E SE RECUSA PROCURAR AJUDA MÉDICA OU REGISTRAR O ACIDENTE?

SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLÂNDIA
VOCÊ PODE CONTAR COM A ASSISTÊNCIA

2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

Fazer uma reunião com o servidor acidentado e duas testemunhas, elaborar uma ata onde todos os presentes dessa reunião devem assiná-la. Em caso de recusa por parte do acidentado em assinar a ata, escrever esta informação também.

Enviar cópia para o NST

SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLÂNDIA
VOCÊ PODE CONTAR COM A ASSISTÊNCIA



NOME:		MATRÍCULA:	
ENDEREÇO:		BAIRRO:	FONE:
DATA NASCIMENTO:	SEXO:	ESTADO CIVIL:	DATA ADMISSÃO:
CARGO:		SECRETARIA:	
LOCAL DE TRABALHO:		HORÁRIO DE TRABALHO:	A
SERVIDOR READAPTADO:		TIPO:	

DADOS DA OCORRÊNCIA:

DATA OCORRÊNCIA:	HORÁRIO:	DIA DA SEMANA:
LOCAL DE OCORRÊNCIA:		
HOUVE PRIMEIRO ATENDIMENTO:	LOCAL:	
DESCRIÇÃO:	TIPO OCORRÊNCIA:	

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

SOFREU ACIDENTES ANTERIORES:	Nº DO ÚLTIMO ACIDENTE:
------------------------------	------------------------

ASS DO ACIDENTADO:	DATA:	VISTO NO NST/DDH:
	HORÁRIO:	

Relatório de Ocorrência

NST





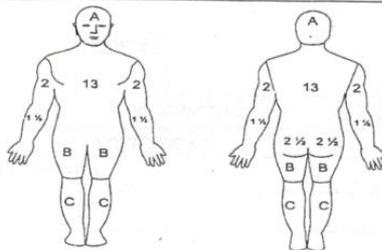
NOME:		MATRÍCULA:	
ENDEREÇO:		BAIRRO:	FONE:
DATA NASCIMENTO:	SEXO:	ESTADO CIVIL:	DATA ADMISSÃO:
CARGO:		SECRETARIA:	
LOCAL DE TRABALHO:		HORÁRIO DE TRABALHO: A	
SERVIDOR READAPTADO:		TIPO:	

DADOS DA OCORRÊNCIA:

DATA OCORRÊNCIA:	HORÁRIO:	DIA DA SEMANA:
LOCAL DE OCORRÊNCIA:		
HOUVE PRIMEIRO ATENDIMENTO:	LOCAL:	
DESCRIÇÃO:	TIPO OCORRÊNCIA:	

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

SOFREU ACIDENTES ANTERIORES:		Nº DO ÚLTIMO ACIDENTE:
ASS DO ACIDENTADO:	DATA:	VISTO NO NST/DDH:
	HORÁRIO:	



PESO:

ALTURA:

DESCRIÇÃO DA LESÃO:

HPP:

PARTE(S) DO CORPO ATINGIDO(S):

AGENTE CAUSADOR:

CONDUTA REALIZADA:

AGRAVAMENTO DA LESÃO PRÉ EXISTENTE:

Dt. Atendimento Médico: __/__/__

Assinatura - Carimbo do Médico/DDH

Situação

- Trajeto (Casa -> Trabalho)
- Trajeto (Trabalho-> Casa)
- Típico

Data: __/__/__
Hora: __: __

Nexo

- Positivo
- Negativo
- Inconclusivo

Somente preencher quando o nexo for INCONCLUSIVO ou NEGATIVO

- Fator Temporal
- Fator Etiopatogênico
- Outros

AFASTAMENTO:

A

CID:

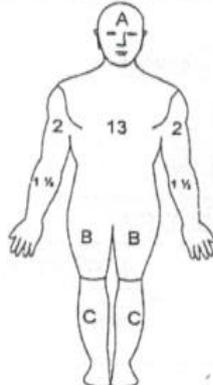
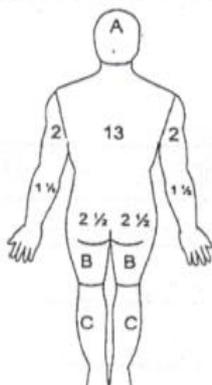
OBSERVAÇÕES:

DESCARACTERIZAÇÃO MÉDICO:

Relatório de Ocorrência

NMT



PESO:
ALTURA:

DESCRIÇÃO DA LESÃO:

HPP:

PARTE(S) DO CORPO ATINGIDO(S):

AGENTE CAUSADOR:

CONDUITA REALIZADA:

AGRAVAMENTO DA LESÃO PRÉ EXISTENTE: Dt. Atendimento Médico: __/__/__

Situação	Nexo	<small>Assinatura - Carimbo do Médico/DDH</small>
<input type="checkbox"/> Trajeto (Casa -> Trabalho)	<input type="checkbox"/> Positivo	<small>Somente preencher quando o nexos for INCONCLUSIVO ou NEGATIVO</small>
<input type="checkbox"/> Trajeto (Trabalho-> Casa)	<input type="checkbox"/> Negativo	Fator Temporal <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Típico	<input type="checkbox"/> Inconclusivo	Fator Etiopatogênico <input type="checkbox"/> _____
		Outros <input type="checkbox"/> _____

AFASTAMENTO: A CID:

OBSERVAÇÕES:

DESCARACTERIZAÇÃO MÉDICA:

DECLARAÇÃO DA TESTEMUNHA

PREENCHER A DECLARAÇÃO CORRETAMENTE. EM CASO DE DÚVIDA, LIGAR NO NST: 3239-2807. ESTA DECLARAÇÃO SERÁ ACEITA APENAS COM O PREENCHIMENTO COMPLETO E SEM RASURAS.

Nome do servidor acidentado:

Matrícula: _____ Cargo: _____

DADOS DA TESTEMUNHA DECLARANTE 01

Nome completo e legível:

Telefones para contato:

Endereço residencial: _____ Bairro: _____

Nº do CPF: _____ Data de nascimento: _____

Nome completo da mãe:

Testemunha é funcionária da PMU? () Não () Sim – Cargo: _____

Matrícula: _____ Nome do local de trabalho: _____

Endereço do local de trabalho:

Possui parentesco com o acidentado? () Não () Sim – Qual?

ONDE OCORREU O ACIDENTE?

- 1- () No próprio local de trabalho, subordinado à chefia.
- 2- () Durante o horário de trabalho, executando serviços externos, subordinado à chefia.
- 3- () Fora do horário de trabalho, sem subordinação à chefia e fora do trajeto casa/trabalho ou trabalho/casa.
- 4- () No trajeto de casa para o trabalho. Horário de saída da residência: _____
- 5- () No trajeto do trabalho para a residência. Horário de saída do trabalho: _____
- 6- () No trajeto de ida para o local de refeição em intervalo do trabalho. Horário de saída do trabalho: _____
- 7- () No trajeto de volta do local de refeição em intervalo do trabalho. Horário de saída da refeição: _____
- 8- () No trajeto durante o horário de trabalho, realizando serviços particulares.
- 9- () Outros: _____

Presenciou o acidente? () Sim () Não Foi apenas comunicado do acidente? () Sim () Não

Data da ocorrência do acidente: ____/____/____ Horário aproximado do acidente: ____:____:____

Local em que ocorreu o acidente (ponto de referência – pátio, sala, banheiro, calçada, endereço da rua, etc.): _____

Houve queda do servidor? () Sim () Não

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: (Responder as seguintes perguntas: Quando tomou conhecimento do acidente? Como ficou sabendo do acidente? Quem informou sobre o acidente? Como foi o acidente? Qual o local do acidente? O que aconteceu com o servidor? Colocar mais informações que julgar necessárias.)

A TESTEMUNHA DECLARA, SOB AS PENAS DA LEI, SEREM VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS.

Assinatura da testemunha (declarante)

DATA: ____/____/____

PARA USO DO NST:

RECEBIDO POR: _____

DATA: ____/____/____

ESTE DOCUMENTO ESTÁ DISPONÍVEL NO PORTAL DA PREFEITURA DE UBERLÂNDIA NA ÁREA DO SERVIDOR

DECLARAÇÃO DA TESTEMUNHA

PREENCHER A DECLARAÇÃO CORRETAMENTE. EM CASO DE DÚVIDA, LIGAR NO NST: 3239-2807. ESTA DECLARAÇÃO SERÁ ACEITA APENAS COM O PREENCHIMENTO COMPLETO E SEM RASURAS.

Nome do servidor acidentado:

Matrícula: _____ Cargo: _____

DADOS DA TESTEMUNHA DECLARANTE 02

Nome completo e legível:

Telefones para contato:

Endereço residencial: _____ Bairro: _____

Nº do CPF: _____ Data de nascimento: _____

Nome completo da mãe:

Testemunha é funcionária da PMU? () Não () Sim – Cargo: _____

Matrícula: _____ Nome do local de trabalho: _____

Endereço do local de trabalho:

Possui parentesco com o acidentado? () Não () Sim – Qual?

ONDE OCORREU O ACIDENTE?

- 1- () No próprio local de trabalho, subordinado à chefia.
- 2- () Durante o horário de trabalho, executando serviços externos, subordinado à chefia.
- 3- () Fora do horário de trabalho, sem subordinação à chefia e fora do trajeto casa/trabalho ou trabalho/casa.
- 4- () No trajeto de casa para o trabalho. Horário de saída da residência: _____
- 5- () No trajeto do trabalho para a residência. Horário de saída do trabalho: _____
- 6- () No trajeto de ida para o local de refeição em intervalo do trabalho. Horário de saída do trabalho: _____
- 7- () No trajeto de volta do local de refeição em intervalo do trabalho. Horário de saída da refeição: _____
- 8- () No trajeto durante o horário de trabalho, realizando serviços particulares.
- 9- () Outros: _____

Presenciou o acidente? () Sim () Não Foi apenas comunicado do acidente? () Sim () Não

Data da ocorrência do acidente: ____/____/____ Horário aproximado do acidente: ____:____:____

Local em que ocorreu o acidente (ponto de referência – pátio, sala, banheiro, calçada, endereço da rua, etc.): _____

Houve queda do servidor? () Sim () Não

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: (Responder as seguintes perguntas: Quando tomou conhecimento do acidente? Como ficou sabendo do acidente? Quem informou sobre o acidente? Como foi o acidente? Qual o local do acidente? O que aconteceu com o servidor? Colocar mais informações que julgar necessárias.)

A TESTEMUNHA DECLARA, SOB AS PENAS DA LEI, SEREM VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS.

Assinatura da testemunha (declarante)

DATA: ____/____/____

PARA USO DO NST:

RECEBIDO POR: _____

DATA: ____/____/____

ESTE DOCUMENTO ESTÁ DISPONÍVEL NO PORTAL DA PREFEITURA DE UBERLÂNDIA NA ÁREA DO SERVIDOR

Declarações das Testemunhas

2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

Declarações da Chefia e das Testemunhas

Disponível no portal da PMU na Área do Servidor

SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLÂNDIA
VOCÊ PODE CONFIAR COM A GESTÃO

2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

PROCEDIMENTO PARA PREENCHER AS DECLARAÇÕES

- Acidentado não preenche.
- Preenchimento deve ser completo.
- Sem rasuras.
- Entrega em até 02 dias úteis.
- Colocar o kit para preenchimento impresso dentro do Prontuário de Saúde e Segurança do Trabalhador.
- Deixar preenchido no Núcleo de Segurança do Trabalho das 07:00 até 18:00.
- Qualquer pessoa pode entregar.
- Em caso de dúvida, o telefone está no cabeçalho.

2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

PROCEDIMENTO PARA PREENCHER AS DECLARAÇÕES

- **Caso a chefia assinar a ‘declaração de chefia’ ela não pode assinar a ‘declaração de testemunha’.**
- **As declarações de testemunhas devem ser assinadas por pessoas diferentes.**
- **O servidor declarante (chefia ou testemunha) é o mesmo que assina, ou seja, a mesma pessoa que declara o acidente assina embaixo.**
- **No B.O., caso tiver duas testemunhas, não há necessidade de ‘declaração de testemunha’.**

PREFEITURA DE UBERLÂNDIA
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
NST - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO TRABALHO
 segtrab@uberlandia.mg.gov.br - 3239-2807

DECLARAÇÃO DA CHEFIA
 PREENCHER A DECLARAÇÃO CORRETAMENTE. EM CASO DE DÚVIDA, LIGAR NO NST: 3239-2807.
 ESTA DECLARAÇÃO SERÁ ACEITA APENAS COM O PREENCHIMENTO COMPLETO E SEM RASURAS.

SEVIDOR ACIDENTADO

Cargo: _____
 Nome do local de trabalho: _____
 Endereço do local de trabalho: _____
 Fones residenciais: _____
 Endereço residencial: _____

DECLARAÇÃO DA TESTEMUNHA
 PREENCHER A DECLARAÇÃO CORRETAMENTE. EM CASO DE DÚVIDA, LIGAR NO NST: 3239-2807.
 ESTA DECLARAÇÃO SERÁ ACEITA APENAS COM O PREENCHIMENTO COMPLETO E SEM RASURAS.

Nome do servidor acidentado: _____
 Matrícula: _____ Cargo: _____

DADOS DA TESTEMUNHA DECLARANTE 01

Nome completo e legível: _____
 Matrícula: _____ Cargo: _____
 Endereço do local de trabalho: _____

ONDE OCORREU O ACIDENTE?
 1- () No próprio local
 2- () Durante o trajeto
 3- () Fora do horário
 4- () No trajeto de ida para o local de refeição em intervalo do trabalho.
 5- () No trajeto de volta do local de refeição em intervalo do trabalho.
 6- () No trajeto durante o horário de trabalho, realizando serviços particulares.
 7- () No trajeto de casa para o trabalho.
 8- () No trajeto de trabalho para a residência.
 9- () Outros: _____

PRESENCIAR O ACIDENTADO?
 1- () Não
 2- () Sim - Quem informou? _____

DATA DA OCORRÊNCIA DO ACIDENTE: ____/____/____
HORÁRIO APROXIMADO DO ACIDENTE: ____:____

LOCAL EM QUE OCORREU O ACIDENTE: _____

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: (Responder as seguintes perguntas: Quando tomou conhecimento do acidente? Como ficou sabendo do acidente? Quem informou sobre o acidente? Como foi o acidente? Qual o local do acidente? O que aconteceu com o servidor? Colocar mais informações que julgar necessárias.)

Assinatura e Carimbo do servidor acidentado: _____
 DATA: ____/____/____

(01)

PREFEITURA DE UBERLÂNDIA
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
NST - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO TRABALHO
 segtrab@uberlandia.mg.gov.br - 3239-2807

DECLARAÇÃO DA TESTEMUNHA
 PREENCHER A DECLARAÇÃO CORRETAMENTE. EM CASO DE DÚVIDA, LIGAR NO NST: 3239-2807.
 ESTA DECLARAÇÃO SERÁ ACEITA APENAS COM O PREENCHIMENTO COMPLETO E SEM RASURAS.

Nome do servidor acidentado: _____
 Matrícula: _____ Cargo: _____

DADOS DA TESTEMUNHA DECLARANTE 02

Nome completo e legível: _____
 Matrícula: _____ Cargo: _____
 Endereço do local de trabalho: _____

ONDE OCORREU O ACIDENTE?
 1- () No próprio local de trabalho, subordinado à chefia.
 2- () Durante o horário de trabalho, executando serviços externos, subordinado à chefia.
 3- () Fora do horário de trabalho, sem subordinação à chefia e fora do trajeto casa/trabalho ou trabalho/casa.
 4- () No trajeto de casa para o trabalho. Horário de saída da residência: _____
 5- () No trajeto de trabalho para a residência. Horário de saída do trabalho: _____
 6- () No trajeto de ida para o local de refeição em intervalo do trabalho. Horário de saída do trabalho: _____
 7- () No trajeto de volta do local de refeição em intervalo do trabalho. Horário de saída da refeição: _____
 8- () No trajeto durante o horário de trabalho, realizando serviços particulares.
 9- () Outros: _____

PRESENCIAR O ACIDENTADO?
 1- () Não
 2- () Sim - Quem informou? _____

DATA DA OCORRÊNCIA DO ACIDENTE: ____/____/____
HORÁRIO APROXIMADO DO ACIDENTE: ____:____

LOCAL EM QUE OCORREU O ACIDENTE: _____

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: (Responder as seguintes perguntas: Quando tomou conhecimento do acidente? Como ficou sabendo do acidente? Quem informou sobre o acidente? Como foi o acidente? Qual o local do acidente? O que aconteceu com o servidor? Colocar mais informações que julgar necessárias.)

Assinatura da testemunha (declarante): _____
 DATA: ____/____/____

ESTE DOCUMENTO ESTÁ DISPONÍVEL NO PORTAL DA PREFEITURA DE UBERLÂNDIA NA ÁREA DO SERVIDOR

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR - POLÍCIA CIVIL - POLÍCIA MILITAR
 REDES 0000-00000000-000

BOLETIM DE OCORRÊNCIA BO NÚMERO M0000-000-0000000 FI. 1/5

PREFEITURA DE UBERLÂNDIA
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
NST - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO TRABALHO
 segtrab@uberlandia.mg.gov.br - 3239-2807

DECLARAÇÃO DA CHEFIA
 PREENCHER A DECLARAÇÃO CORRETAMENTE. EM CASO DE DÚVIDA, LIGAR NO NST: 3239-2807.
 ESTA DECLARAÇÃO SERÁ ACEITA APENAS COM O PREENCHIMENTO COMPLETO E SEM RASURAS.

SEVIDOR ACIDENTADO: _____
MATRÍCULA: _____

CARGO: _____
FONES DO LOCAL DE TRABALHO: _____

NOME DO LOCAL DE TRABALHO: _____
ENDEREÇO DO LOCAL DE TRABALHO: _____
Bairro: _____

FONES RESIDENCIAIS/OUTROS: _____
ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____
Bairro: _____

CHEFIA IMEDIATA (DECLARANTE): _____
MATRÍCULA: _____

CARGO: _____
TELEFONES PARA CONTATO: _____

E-MAIL PARA RECEBIMENTO DO RESULTADO DO ACIDENTE: _____
NOME DO LOCAL DE TRABALHO: _____
ENDEREÇO DO LOCAL DE TRABALHO: _____
Bairro: _____

ONDE OCORREU O ACIDENTE?
 1- () No próprio local de trabalho, subordinado à chefia.
 2- () Durante o horário de trabalho, executando serviços externos, subordinado à chefia.
 3- () Fora do horário de trabalho, sem subordinação à chefia e fora do trajeto casa/trabalho ou trabalho/casa.
 4- () No trajeto de casa para o trabalho. Horário de saída da residência: _____
 5- () No trajeto de trabalho para a residência. Horário de saída do trabalho: _____
 6- () No trajeto de ida para o local de refeição em intervalo do trabalho. Horário de saída do trabalho: _____
 7- () No trajeto de volta do local de refeição em intervalo do trabalho. Horário de saída da refeição: _____
 8- () No trajeto durante o horário de trabalho, realizando serviços particulares.
 9- () Outros: _____

DATA DA OCORRÊNCIA DO ACIDENTE: ____/____/____
HORÁRIO APROXIMADO DO ACIDENTE: ____:____

LOCAL EM QUE OCORREU O ACIDENTE: _____

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: (Responder as seguintes perguntas: Quando tomou conhecimento do acidente? Como ficou sabendo do acidente? Quem informou sobre o acidente? Como foi o acidente? Qual o local do acidente? O que aconteceu com o servidor? Colocar mais informações que julgar necessárias.)

Assinatura e Carimbo da chefia imediata (declarante): _____
 DATA: ____/____/____

ESTE DOCUMENTO ESTÁ DISPONÍVEL NO PORTAL DA PREFEITURA DE UBERLÂNDIA NA ÁREA DO SERVIDOR

(02)

PREFEITURA DE UBERLÂNDIA
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
NST - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO TRABALHO
 segtrab@uberlandia.mg.gov.br - 3239-2807

DECLARAÇÃO DA CHEFIA
 PREENCHER A DECLARAÇÃO CORRETAMENTE. EM CASO DE DÚVIDA, LIGAR NO NST: 3239-2807.
 ESTA DECLARAÇÃO SERÁ ACEITA APENAS COM O PREENCHIMENTO COMPLETO E SEM RASURAS.

SEVIDOR ACIDENTADO: _____
MATRÍCULA: _____

CARGO: _____
FONES DO LOCAL DE TRABALHO: _____

NOME DO LOCAL DE TRABALHO: _____
ENDEREÇO DO LOCAL DE TRABALHO: _____
Bairro: _____

FONES RESIDENCIAIS/OUTROS: _____
ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____
Bairro: _____

CHEFIA IMEDIATA (DECLARANTE): _____
MATRÍCULA: _____

CARGO: _____
TELEFONES PARA CONTATO: _____

E-MAIL PARA RECEBIMENTO DO RESULTADO DO ACIDENTE: _____
NOME DO LOCAL DE TRABALHO: _____
ENDEREÇO DO LOCAL DE TRABALHO: _____
Bairro: _____

ONDE OCORREU O ACIDENTE?
 1- () No próprio local de trabalho, subordinado à chefia.
 2- () Durante o horário de trabalho, executando serviços externos, subordinado à chefia.
 3- () Fora do horário de trabalho, sem subordinação à chefia e fora do trajeto casa/trabalho ou trabalho/casa.
 4- () No trajeto de casa para o trabalho. Horário de saída da residência: _____
 5- () No trajeto de trabalho para a residência. Horário de saída do trabalho: _____
 6- () No trajeto de ida para o local de refeição em intervalo do trabalho. Horário de saída do trabalho: _____
 7- () No trajeto de volta do local de refeição em intervalo do trabalho. Horário de saída da refeição: _____
 8- () No trajeto durante o horário de trabalho, realizando serviços particulares.
 9- () Outros: _____

DATA DA OCORRÊNCIA DO ACIDENTE: ____/____/____
HORÁRIO APROXIMADO DO ACIDENTE: ____:____

LOCAL EM QUE OCORREU O ACIDENTE: _____

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: (Responder as seguintes perguntas: Quando tomou conhecimento do acidente? Como ficou sabendo do acidente? Quem informou sobre o acidente? Como foi o acidente? Qual o local do acidente? O que aconteceu com o servidor? Colocar mais informações que julgar necessárias.)

Assinatura e Carimbo da chefia imediata (declarante): _____
 DATA: ____/____/____

ESTE DOCUMENTO ESTÁ DISPONÍVEL NO PORTAL DA PREFEITURA DE UBERLÂNDIA NA ÁREA DO SERVIDOR

KIT para entregar no NST

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
PREFEITURA DE UBERLÂNDIA
 Você pode contar com a gente!

DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
 NST – NÚCLEO DE SEGURANÇA DO TRABALHO
 segtrab@uberlandia.mg.gov.br - 3239-2807

DECLARAÇÃO DA CHEFIA
 PREENCHER A DECLARAÇÃO CORRETAMENTE. EM CASO DE DÚVIDA, LIGAR NO NST: 3239-2807.
 ESTA DECLARAÇÃO SERÁ ACEITA APENAS COM O PREENCHIMENTO COMPLETO E SEM RASURAS.

Servidor ao

Cargo:

Nome do lo

Endereço d

Fones resi

Endereço n

Chefia imed

Nome do servidor acidentado:

Cargo:

Matrícula: Cargo:

E-mail para

Nome do loc

Nome comple

Endereço de

Telefones par

Endereço resi

Nº do CPF:

Nome comple

Testemunha t

Matrícula: Cargo:

Endereço do

Possui parent

Presenciou o

Foi apenas

Local em qu

Horário ofic

Horário de t

Horário de t

PREENCHER

Melo de loco

() A pé

() Ônibus

Trajetu habi

Presenciou o

Data da ocorr

Local em que

Houve alter

Houve regist

Local em que

DESCRIÇÃO

ficou caben

aconteceu o

DESCRÇÃO

do acidente? Co

o local do aci

Presenciou o

Foi apenas comunicado do

Data da ocorrência do acidente: / / Horário aproximado do aci

Local em que ocorreu o acidente (ponto de referência – pátio, sala, banheiro, calçada, e

Houve queda do servidor? () Sim () Não

DESCRÇÃO DO ACIDENTE: (Responder as seguintes perguntas: Quando

acidente? Como ficou sabendo do acidente? Quem informou sobre o acidente? Co

o local do acidente? O que aconteceu com o servidor? Colocar mais informações

A CH

Assinatura

DATA: / /

ESTE DI

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
PREFEITURA DE UBERLÂNDIA
 Você pode contar com a gente!

DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
 NST – NÚCLEO DE SEGURANÇA DO TRABALHO
 segtrab@uberlandia.mg.gov.br - 3239-2807

DECLARAÇÃO DA TESTEMUNHA
 PREENCHER A DECLARAÇÃO CORRETAMENTE. EM CASO DE DÚVIDA, LIGAR NO NST: 3239-2807.
 ESTA DECLARAÇÃO SERÁ ACEITA APENAS COM O PREENCHIMENTO COMPLETO E SEM RASURAS.

Nome do servidor acidentado:

Matrícula: Cargo:

Endereço do

Possui parent

Presenciou o

Foi apenas

Local em qu

Horário ofic

Horário de t

Horário de t

PREENCHER

Melo de loco

() A pé

() Ônibus

Trajetu habi

Presenciou o

Data da ocorr

Local em que

Houve alter

Houve regist

Local em que

DESCRIÇÃO

ficou caben

aconteceu o

DESCRÇÃO

do acidente? Co

o local do aci

Presenciou o

Foi apenas comunicado do

Data da ocorrência do acidente: / / Horário aproximado do aci

Local em que ocorreu o acidente (ponto de referência – pátio, sala, banheiro, calçada, e

Houve queda do servidor? () Sim () Não

DESCRÇÃO DO ACIDENTE: (Responder as seguintes perguntas: Quando

acidente? Como ficou sabendo do acidente? Quem informou sobre o acidente? Co

o local do acidente? O que aconteceu com o servidor? Colocar mais informações

Nome do servidor acidentado:

Matrícula: Cargo:

Endereço do

Possui parent

Presenciou o

Foi apenas

Local em qu

Horário ofic

Horário de t

Horário de t

PREENCHER

Melo de loco

() A pé

() Ônibus

Trajetu habi

Presenciou o

Data da ocorr

Local em que

Houve alter

Houve regist

Local em que

DESCRIÇÃO

ficou caben

aconteceu o

DESCRÇÃO

do acidente? Co

o local do aci

Presenciou o

Foi apenas comunicado do

Data da ocorrência do acidente: / / Horário aproximado do aci

Local em que ocorreu o acidente (ponto de referência – pátio, sala, banheiro, calçada, e

Houve queda do servidor? () Sim () Não

DESCRÇÃO DO ACIDENTE: (Responder as seguintes perguntas: Quando

acidente? Como ficou sabendo do acidente? Quem informou sobre o acidente? Co

o local do acidente? O que aconteceu com o servidor? Colocar mais informações

Nome do servidor acidentado:

Matrícula: Cargo:

Endereço do

Possui parent

Presenciou o

Foi apenas

Local em qu

Horário ofic

Horário de t

Horário de t

PREENCHER

Melo de loco

() A pé

() Ônibus

Trajetu habi

Presenciou o

Data da ocorr

Local em que

Houve alter

Houve regist

Local em que

DESCRIÇÃO

ficou caben

aconteceu o

DESCRÇÃO

do acidente? Co

o local do aci

Presenciou o

Foi apenas comunicado do

Data da ocorrência do acidente: / / Horário aproximado do aci

Local em que ocorreu o acidente (ponto de referência – pátio, sala, banheiro, calçada, e

Houve queda do servidor? () Sim () Não

DESCRÇÃO DO ACIDENTE: (Responder as seguintes perguntas: Quando

acidente? Como ficou sabendo do acidente? Quem informou sobre o acidente? Co

o local do acidente? O que aconteceu com o servidor? Colocar mais informações

A TESTEMUNHA DECLARA, SOB AS PENAS DA LEI, SEREM VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES

Assinatura da testemunha (declarante)

DATA: / /

ESTE DOCUMENTO ESTÁ DISPONÍVEL NO PORTAL DA PREFEITURA DE UBERLÂNDIA

PARA USO DO NST RECEBIDO POR: DATA: / /

KIT para entregar no NST

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR - POLÍCIA CIVIL - POLÍCIA MILITAR REDES 0000-000000000-000

BOLETIM DE OCORRÊNCIA BO NÚMERO M0000-0000-0000000 FI. 1/5

UNIDADE RESPONSÁVEL PELO REGISTRO MUNICÍPIO

UNIDADE DE ÁREA RESPONSÁVEL

UNIDADE MILITAR

UNIDADE POLICIAL

DESTINATÁRIO DATA DO REGISTRO

ORIGEM DA COMUNICAÇÃO

FORMO FOI SOLICITADO O ATENDIMENTO DA OCORRÊNCIA DATA DA COMUNICAÇÃO HORA DA COMUNICAÇÃO

ORGÃO SOLICITANTE

COD. OPERAÇÃO ORIGEM

DADOS DA OCORRÊNCIA

PROVÁVEL DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA PRINCIPAL

COD. PRINCIPAL TENTADO / CONSUMADO ALVIO DO EVENTO

MATRIEXA SEGURADORA 1 TENTADO / CONSUMADO

DATA DO FATO HORÁRIO DO FATO DATA NO LOCAL HORÁRIO NO LOCAL DATA FINAL HORÁRIO FINAL

COMPL. DE LOCAL IMEDIATO

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR - POLÍCIA CIVIL - POLÍCIA MILITAR REDES 0000-000000000-000

BOLETIM DE OCORRÊNCIA BO NÚMERO M0000-0000-0000000 FI. 4/5

ENVOLVIDO 4

ENQUADRO (AV., PÇA, ETC)

BARRIO

MUNICÍPIO

PAIS

CEP

TELEFONE RESIDENCIAL

TELEFONE COMERCIAL

PREAB / APREAB

HOUVE USO DE ALGEMAS / IMOBILIZAÇÃO DE ENVOLVIDOS 1

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

Assinatura do servidor acidentado

DATA: / /

(04)

2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE DE ACIDENTES

- O que fazia o acidentado no momento imediatamente anterior à ocorrência?
- Como aconteceu?
- Quais foram as consequências?
- Quais as causas que contribuíram direta ou indiretamente para a ocorrência do acidente?
- Quando ocorreu? (data e hora)
- Onde ocorreu? (especificando local e setor)
- Pegar depoimento das testemunhas e, se possível, envolver o acidentado na investigação.

2019

NEXO CAUSAL

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias



NST

NMT

NMT

**RESULTADO DA
INVESTIGAÇÃO**

2019

NEXO CAUSAL

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias



**Qual a plausibilidade de relação
entre o acidente e o trabalho?**

2019

NEXO CAUSAL

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias



- Houve Subordinação? (Estava trabalhando de acordo com a escala de trabalho ou ordem da chefia)
- Trouxe benefício para a empresa? (Deixou de ter prejuízo)
- Trabalho Efetivo? (Execução das tarefas/atividades determinadas)
- Houve Fator Exterior? (O que causou o acidente)



INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE DE OCORRÊNCIA

Data Investigação:	Nº DA OCORRÊNCIA:
Nome:	Matrícula:
Endereço:	Bairro:
Idade:	Estado Civil:
Cargo:	Telefone:
Local de Trabalho	Secretaria:

INFORMAÇÃO DA OCORRÊNCIA APÓS INVESTIGAÇÃO

Tipo de Ocorrência:	Data da Ocorrência:
Horário de Trabalho: as Hora da Ocorrência:	Óbito:
Local da Ocorrência:	Resultado Ocorrência:
Descrição da Ocorrência:	
Recomendações para evitar ocorrências semelhantes:	
Informante(s):	

Nexo Técnico Investigado:	Fator Descaracterização:
Obs:	Somente preencher quando o nexo for INCONCLUSIVO ou NEGATIVO
Situação <input type="checkbox"/> Trajeto (Casa -> Trabalho) <input type="checkbox"/> Trajeto (Trabalho-> Casa) <input type="checkbox"/> Típico	Nexo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Inconclusivo
Data: / / Hora: : :	Fator Temporal <input type="checkbox"/> Fator Geográfico <input type="checkbox"/> Fator Ambiental <input type="checkbox"/> Fator Legal <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>

Responsável técnico _____ Assinatura e carimbo:	Protocolo de recebimento _____ Assinatura e carimbo:
Acidente Caracterizado: Data:	Acidente Concluído: Data:
Responsável	
Cópias: Acidentado, Chefia, Medicina do Trabalho e Núcleo de Segurança do Trabalho	

Investigação de Acidente



PREFEITURA DE UBERLÂNDIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
NST - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO TRABALHO

INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE DE OCORRÊNCIA

Data Investigação:

Nº DA OCORRÊNCIA:

Nome:

Matrícula:

Endereço:

Bairro:

Idade:

Estado Civil:

Cargo:

Telefone:

Local de Trabalho

Secretaria:

INFORMAÇÃO DA OCORRÊNCIA APÓS INVESTIGAÇÃO

Tipo de Ocorrência:

Data da Ocorrência:

Horário de Trabalho:

as

Hora da Ocorrência:

Óbito:

Local da Ocorrência:

Resultado Ocorrência:

Descrição da Ocorrência:

Recomendações para evitar ocorrências semelhantes:

Recomendações para evitar ocorrências semelhantes:

Informante(s):

Nexo Técnico Investigado:

Fator Descaracterização:

Obs:

Somente preencher quando o nexo for INCONCLUSIVO ou NEGATIVO

Situação

- Trajeto (Casa -> Trabalho)
- Trajeto (Trabalho-> Casa)
- Típico

Data: ___/___/___

Hora: ___:___

Nexo

- Positivo
- Negativo
- Inconclusivo

- Fator Temporal _____
- Fator Geográfico _____
- Fator Ambiental _____
- Fator Legal _____
- Outros _____

Responsável técnico

Assinatura e carimbo:

Acidente Caracterizado:

Data:

Responsável

Protocolo de recebimento

Assinatura e carimbo:

Acidente Concluído:

Data:

Cópias: Acidentado, Chefia, Medicina do Trabalho e Núcleo de Segurança do Trabalho

2019

ESQUEMA BÁSICO DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE

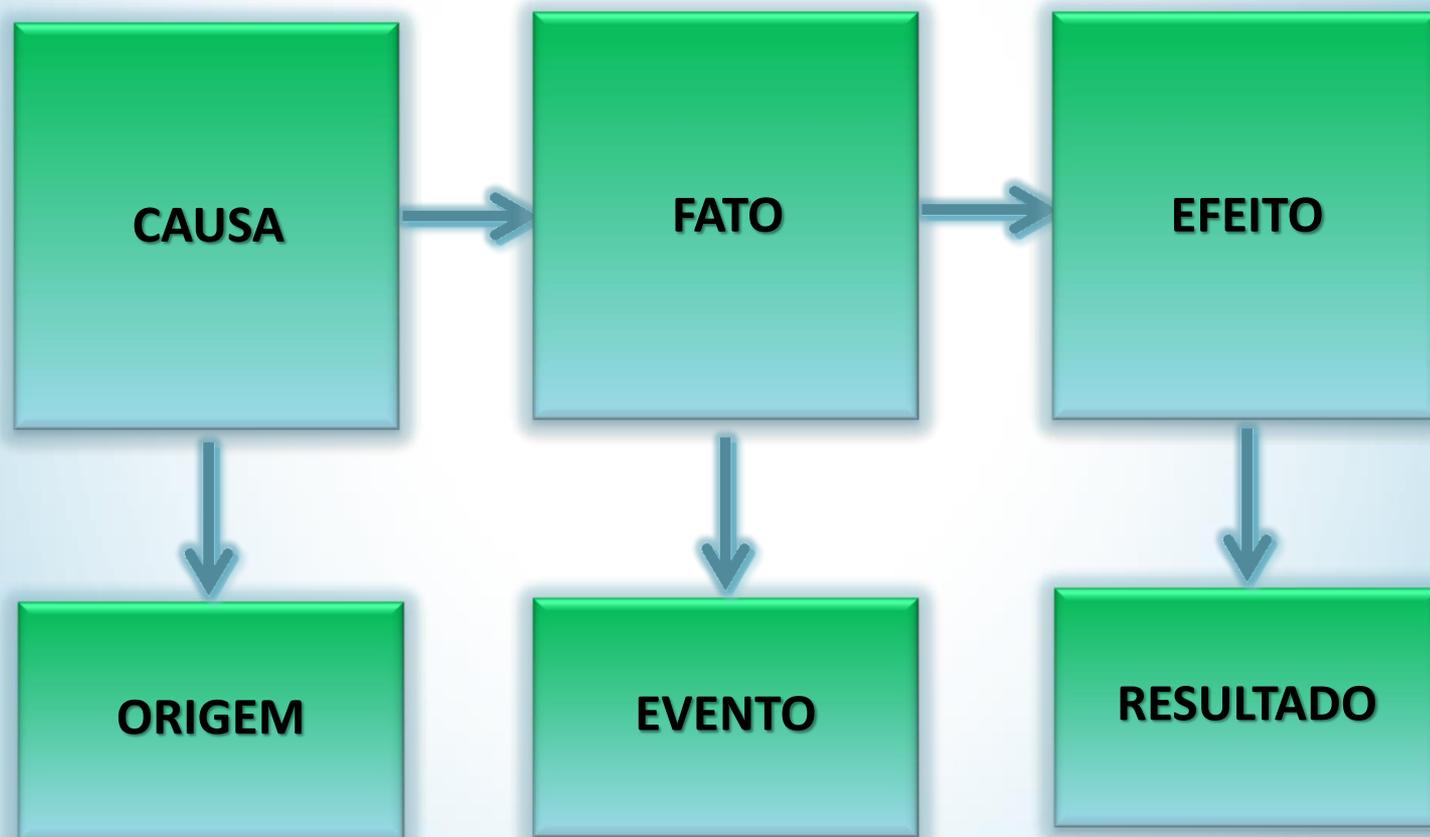
CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias



2019

A IMPORTÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Finalidade:

Buscar, única e exclusivamente, as causas que provocaram aquele acidente, fazendo recomendações para que não venha a repetir-se nas mesmas circunstâncias.

Raquel Dias

SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLÂNDIA
VOCÊ PODE CONTAR COM A GESTÃO

2019

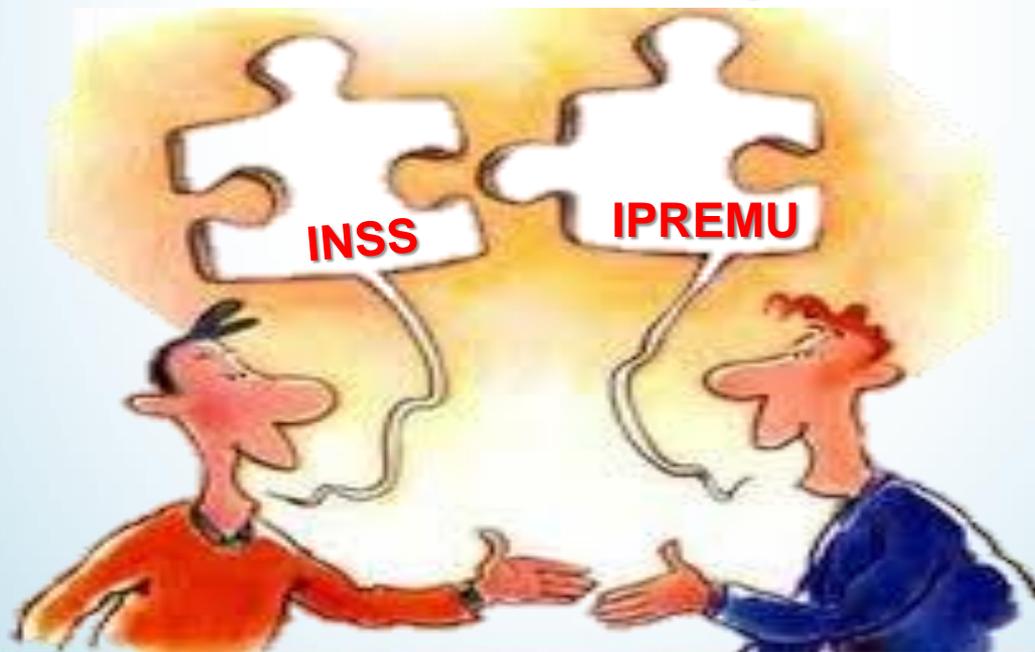
C.A.T. – COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

- Contratado
- Comissionado (apenas)
- Registro da CAT
- Função Pública/Efetivo (mais de 12 meses)
- Efetivo Comissionado
- Registro de acidente

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLÂNDIA
VOCÊ PODE CONTAR COM A ASSISTÊNCIA

2019

Prontuário de Saúde e Segurança do Trabalhador

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias



SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLANDIA
VOCÊ PODE CONTAR COM A GESTÃO

2019

DOCUMENTOS

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

- **PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais.**
- **Relatório de visita técnica.**
- **Inspeção de segurança.**
- **Lista de presença de treinamentos em geral.**
- **Ficha de aquisição de EPI preenchida e em branco.**
- **Inspeção do Corpo de Bombeiros.**
- **Inspeção da Vigilância Sanitária.**
- **Projeto de Prevenção e Combate a Incêndio.**

2019

DOCUMENTOS

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

- Orientação para buscar impressos na Intranet.
- Diálogo Diário de Segurança – DDS.
- Memorandos do Núcleo de Segurança do Trabalho.
- Relatório de Treinamento.
- Cópia do formulário de saída de extintor para manutenção.
- Investigação de acidente*.
- Qualquer documento entregue pelo NST.

2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

Prontuário de Saúde e
Segurança do Trabalhador

**MANTER SEMPRE NO
LOCAL**

Prontuário de Saúde e
Segurança do Trabalhador

**MANTER SEMPRE NO
LOCAL**

2019

APRENDENDO A DIFERENCIAR

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

ACIDENTE TÍPICO X ACIDENTE DE TRAJETO



2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLANDIA
VOCÊ PODE CONTAR COM A ASSISTÊNCIA

2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias



Giffadas

2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias



2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLANDIA
VOCÊ PODE CONTAAR COM A ASSISTÊNCIA

2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias



SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLÂNDIA
VOCÊ PODE CONTAR COM A ASSISTÊNCIA

2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias



SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLANDIA
VOCÊ PODE CONFIAR COM A ASSISTÊNCIA

2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias



SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLÂNDIA
VOCÊ PODE CONTAR COM A GESTÃO

2019

MAIOR CAUSA DE ACIDENTE NA PMU

TÍPICO

- ✓ Queda no mesmo nível
- ✓ Queda onde haja diferença de nível

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLÂNDIA
VOCÊ PODE CONTAAR COM A ASSISTÊNCIA

2019

MAIOR CAUSA DE ACIDENTE NA PMU

TÍPICO MOTIVOS



- Calçado impróprio;
- Piso molhado;
- Piso encerado;
- Obstáculos;
- Colisão entre pessoas;
- Falta de sinalização;
- Mãos ocupadas.

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

2019

MAIOR CAUSA DE ACIDENTE NA PMU

TRAJETO

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

- ✓ Torção e quedas nas calçadas e nos ônibus
- ✓ Colisões e quedas em motocicletas



SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLANDIA
VOCÊ PODE CONTAAR COM A ASSISTÊNCIA

2019

MAIOR CAUSA DE ACIDENTE NA PMU

TRAJETO MOTIVOS

- Falta de atenção;
- Atrasos (pressão para chegar);
- Inexistência da prática da direção defensiva;
- Desrespeito às leis de trânsito;
- Falta de manutenção nos veículos.

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias



SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLÂNDIA
VOCÊ PODE CONTAAR COM A ASSISTÊNCIA

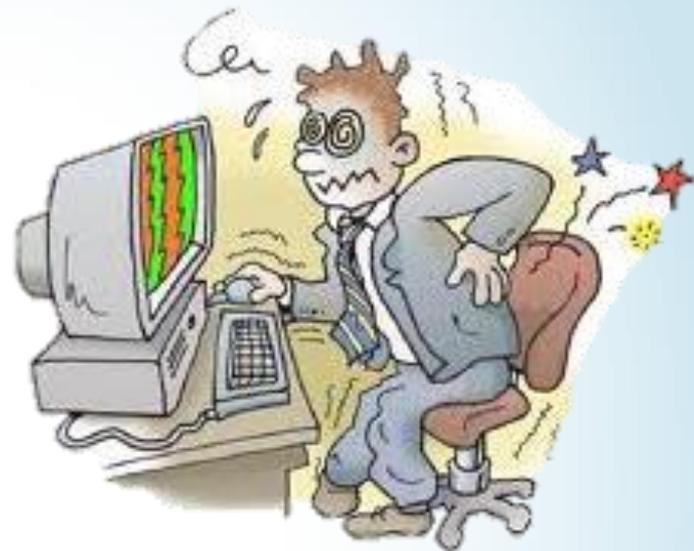
2019

DOENÇA DO TRABALHO

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO

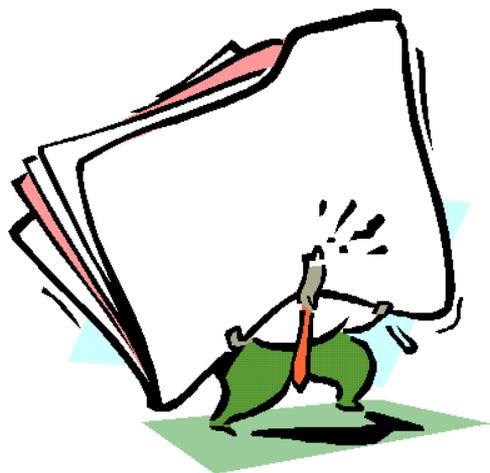


Raquel Dias

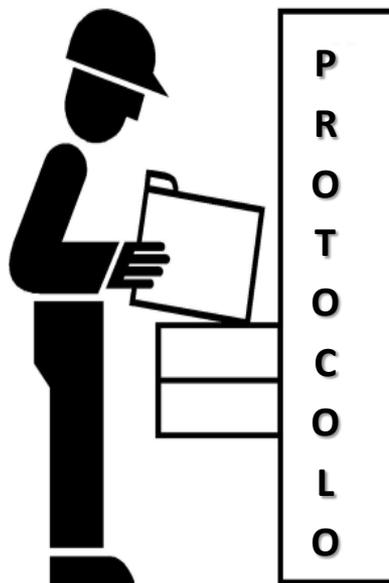
SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLÂNDIA
VOCÊ PODE CONFIAR COM A ASSISTÊNCIA

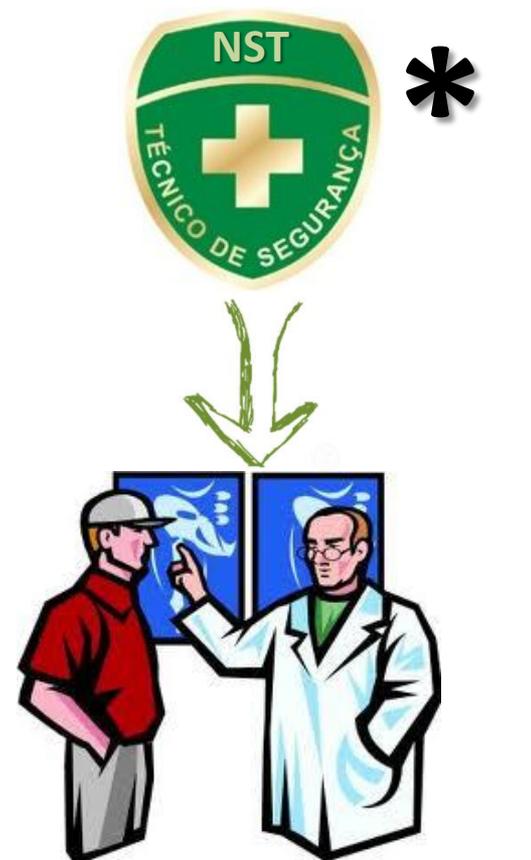
PROCEDIMENTOS PARA DOENÇA DO TRABALHO E AGRAVAMENTO DE UM ACIDENTE DE TRABALHO



JUNTAR TODOS DOCUMENTOS QUE COMPROVEM A DOENÇA DO TRABALHO OU QUE HOUE AGRAVAMENTO RELACIONADO À UM ACIDENTE ABERTO ANTERIORMENTE

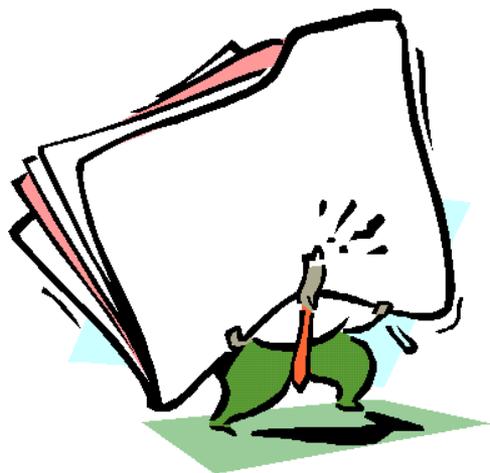


NO PROTOCOLO, PREENCHER UM FORMULÁRIO INFORMANDO A DOENÇA/AGRAVAMENTO ADQUIRIDA(O), A ATIVIDADE EXERCIDA E ANEXAR OS DOCUMENTOS QUE COMPROVEM A(O) DOENÇA/AGRAVAMENTO

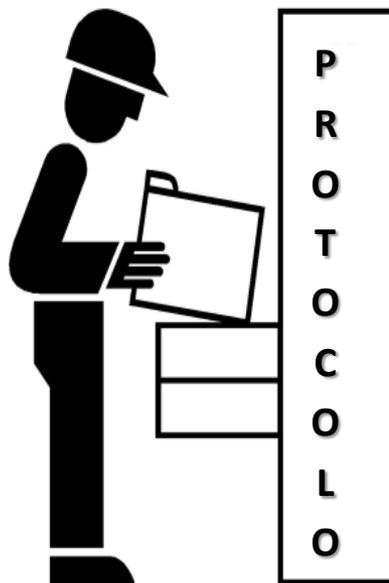


O NÚCLEO DE MEDICINA DO TRABALHO (NMT) ANALISA O CASO

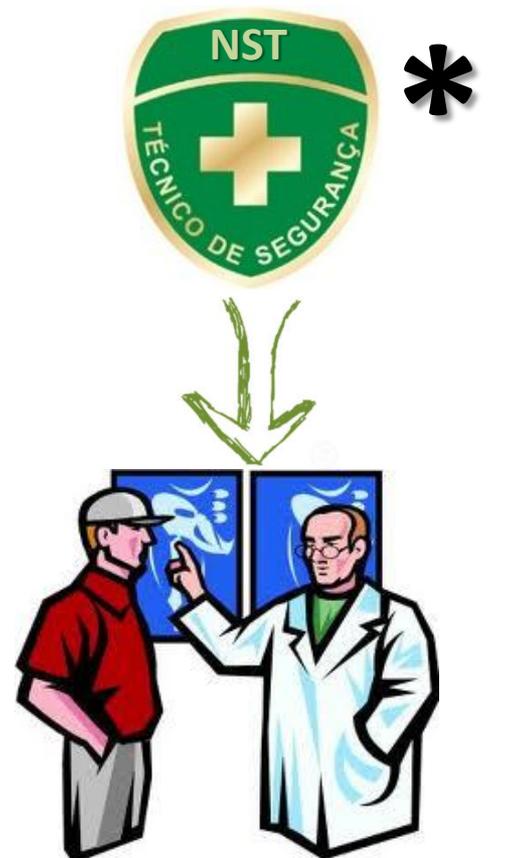
PROCEDIMENTOS PARA DOENÇA DO TRABALHO E AGRAVAMENTO DE UM ACIDENTE DE TRABALHO



JUNTAR TODOS DOCUMENTOS QUE COMPROVEM A DOENÇA DO TRABALHO OU QUE HOUE AGRAVAMENTO RELACIONADO À UM ACIDENTE ABERTO ANTERIORMENTE



NO PROTOCOLO, PREENCHER UM FORMULÁRIO INFORMANDO A DOENÇA/AGRAVAMENTO ADQUIRIDA(O), A ATIVIDADE EXERCIDA E ANEXAR OS DOCUMENTOS QUE COMPROVEM A(O) DOENÇA/AGRAVAMENTO



O NÚCLEO DE MEDICINA DO TRABALHO (NMT) ANALISA O CASO

QUEM É AFETADO?



2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

COMO ENCONTRAR O NST NO PORTAL DA PREFEITURA

SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLANDIA
VOCÊ PODE CONFIAR COM A GESTÃO

www.uberlandia.mg.gov.br/2014/

← → ↻ ⓘ Não seguro | www.uberlandia.mg.gov.br/2014/

alterar contraste [4] Vibras



Serviço de Informação Municipal (SIM) – (34) 3239-2800

FALE COM O GOVERNO | TELEFONES ÚTEIS OUVIDORIA DA SAÚDE



Buscar por

CIDADÃO

EMPRESA

TURISTA

SERVIDOR

TRANSPARÊNCIA

**VOCÊ ACABA
COM O MOSQUITO
DA DENGUE**

**OU O MOSQUITO
ACABA COM VOCÊ.**



AGÊNCIA DE NOTÍCIAS

ÚLTIMAS NOTÍCIAS

MAIS LIDAS



Buscar por

CIDADÃO

EMPRESA

TURISTA

SERVIDOR

TRANSPARÊNCIA

Opções para Servidores

SERVIÇOS PARA O SERVIDOR



ÁREA DO SERVIDOR



CONTRA-CHEQUE



INFORME DE RENDIMENTOS



PLANO DE SAÚDE



E-MAIL



RH ONLINE



Menu

Área do Servidor

Atas de Registros de Preços

Calendário de Feriados e Pontos Facultativos

Concursos e Processos Seletivos

Gestão Sistemática de Documentos e Informações Municipais - GSDIM

Serviços

Secretarias

Administração

Agropecuária, Abastecimento e Distritos

Comunicação Social

Cultura

Desenvolvimento Econômico, Inovação e Turismo

Desenvolvimento Social, Trabalho e Habitação

Educação

Finanças

Área do Servidor



Avaliação Especial de Desempenho/Estágio Probatório



Benefícios



Calendário de feriados e pontos facultativos



Contra-cheque



Convênios



Informe de Rendimentos



Licenças



Lista de Requerimentos do Servidor



Medicina do Trabalho



Plano de Saúde



Programa de Reabilitação /Readaptação Profissional



Segurança do Trabalho



RH Online



Webmail



Cartilha da Atualização Cadastral



Menu

Área do Servidor

Atas de Registros de Preços

Calendário de Feriados e
Pontos Facultativos

Concursos e Processos
Seletivos

Gestão Sistêmica de
Documentos e Informações
Municipais - GSDIM

Serviços

Secretarias

Administração

Agropecuária, Abastecimento
e Distritos

Comunicação Social

Cultura

Desenvolvimento Econômico,
Inovação e Turismo

Desenvolvimento Social,
Trabalho e Habitação

Educação

Finanças

Gestão Estratégica

Governo

Meio Ambiente e
Desenvolvimento Urbanístico

Obras

Planejamento Urbano

Prevenção às Drogas, Defesa
Social e Defesa Civil

Procon

Segurança do Trabalho

CIPA

Confira mais informações sobre a CIPA

Cronograma do curso da CIPA - Gestão 2018

Apresentações do curso da CIPA 2018

Modelo de ata para reunião da CIPA - (Arquivo em Word)

Modelo de ata para reunião da CIPA - (Arquivo em PDF)

FORMULÁRIOS:

Formulário para reclamação de EPI - (Arquivo em Word)

Formulário para reclamação de EPI - (Arquivo em PDF)

Formulário para solicitação de Adicional de Insalubridade e Periculosidade - (Arquivo em Word)

Formulário para solicitação de Adicional de Insalubridade e Periculosidade - (Arquivo em PDF)

PROCEDIMENTOS:

Fluxograma de aquisição e fornecimento de EPI

Fluxograma de avaliação de laudo de adicional

Fluxograma de manutenção de extintores e hidrantes

Fluxograma de procedimentos de acidente de trabalho

Fluxograma para aquisição de treinamento

Fluxograma de EPI ao trocar o local de trabalho

Fluxograma de procedimento quando há recusa em usar EPI

DECLARAÇÕES:

Declaração da Chefia - (Arquivo em Word)

Declaração da Chefia - (Arquivo em PDF)

Declaração de Testemunha - (Arquivo em Word)

Declaração de Testemunha - (Arquivo em PDF)

SIPAT

Divulgação SIPAT 2018

Cronograma SIPAT 2018

Apresentações do curso da SIPAT 2018

[Avaliação de Desempenho](#)

[Benefícios](#)

[Calendário de feriados e pontos facultativos - 2013](#)

[Contracheque](#)

[Convênios](#)

[Espaço do\(a\) Servidor\(a\)](#)

[Gestão à Vista](#)

[Lei Orçamentária Anual](#)

[Licenças](#)

[Lista de Requerimentos dos Servidores](#)

[Perguntas Frequentes](#)

[PG Index - Sistema de controle de leis e normas municipais](#)

[Segurança do Trabalho](#)

[Serviços de Assistência a Saúde](#)

[Servidor em Movimento](#)

[Treinamentos](#)

[Webmail](#)

Segurança do Trabalho

[Confira mais informações sobre a CIPA – Gestão 2013. \(clique aqui\)](#)

FORMULÁRIOS:

[Formulário para reclamação de EPI - \(Arquivo em Word\)](#)

[Formulário para reclamação de EPI - \(Arquivo em PDF\)](#)

[Formulário para solicitação de Adicional de Insalubridade e Periculosidade - \(Arquivo em Word\)](#)

[Formulário para solicitação de Adicional de Insalubridade e Periculosidade - \(Arquivo em PDF\)](#)

PROCEDIMENTOS:

[Fluxograma de aquisição e fornecimento de EPI](#)

[Fluxograma de avaliação de laudo de adicional](#)

[Fluxograma de manutenção de extintores](#)

[Fluxograma de procedimentos de acidente](#)

[Fluxograma para aquisição de treinamento](#)

[Fluxograma de EPI ao trocar o local de trabalho](#)

DECLARAÇÕES:

[Declaração da Chefia - \(Arquivo em Word\)](#)

[Declaração da Chefia - \(Arquivo em PDF\)](#)

[Declaração de Testemunha - \(Arquivo em Word\)](#)

[Declaração de Testemunha - \(Arquivo em PDF\)](#)



Obs.: Print da tela alterada para facilitar a compreensão.

2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias

VÍDEO:

PATO DONALD em: COMO SOFRER UM ACIDENTE DE TRABALHO

<https://www.youtube.com/watch?v=ilh46E2MxMM>

VÍDEO:

NAPO em: SEGURANÇA NO TRABALHO... E FORA DELE

https://www.youtube.com/watch?v=5SDOHrxadAo&feature=player_detailpage

SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLÂNDIA
VOCÊ PODE CONTAR COM A GESTÃO

2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

NR-06
EQUIPAMENTO DE
PROTEÇÃO INDIVIDUAL
(EPI)



Raquel Dias



SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLÂNDIA
VOCÊ PODE CONTAR COM A SAÚDE



**Arco-íris duplo no Centro Administrativo Virgílio Galassi
Foto: Raquel Dias Gemenes Barbosa**

2019

CIPA

Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes

ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO



Raquel Dias



Núcleo de Segurança do Trabalho

E-mail: segtrab@uberlandia.mg.gov.br

Fone: 3239-2807

SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLÂNDIA
VOCÊ PODE CONTAR COM A GENTE