



**DIRETORIA DE SAÚDE OCUPACIONAL  
NST/GSHMT/DSOC/SES**

**Título**

**Apuração de Acidente em Serviço**

**POP  
NST-DSOC  
001**

**Revisão  
00**

**Data de Elaboração  
21/08/2013**

**Data de Aprovação  
21/08/2013**

**Página  
1 de 13**

## **1. OBJETIVO**

- Estabelecer os procedimentos para registro e apuração de “acidente em serviço”, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde - SES.

## **2. ALCANCE**

- Todos os servidores efetivos da SES.

## **3. DO PROCESSO**

**OBJETO:** Acidente em serviço

**REQUERENTE:** Acidentado

**REQUERIDA:** SES

**EXECUTANTE:** Comissão Regional Permanente de Investigação de Acidente em Serviço - CRPIAS

## **4.METODOLOGIA**

Considerações preliminares, contato com o requerente, chefia imediata, testemunhas, vistoria no local, coleta de dados, análise quanto ao nexos causal, considerações gerais e finais.

## **5.RESPONSABILIDADES**

- **Servidor** – Solicita o Requerimento de apuração de acidente em serviço à Gerência de Pessoal ou ao Núcleo de Pessoal, entrega à chefia imediata e dá ciência na conclusão do processo.
- **Gerência de Pessoal ou Núcleo de Pessoal** – Entrega do Requerimento, classificação funcional e escala de serviço para abertura do processo e colhe a assinatura do servidor no término do processo, registra na ficha funcional e arquivamento.
- **Chefia Imediata** – Assina o Requerimento de apuração de acidente em serviço e encaminha ao Protocolo para autuação do processo
- **Protocolo** – Abre processo para apuração e encaminha para a Gerência de Pessoal ou Núcleo de Pessoal.

- **Gerência de Pessoal ou Núcleo de Pessoal** – Dá ciência e despacha o processo para Comissão Regional Permanente de Investigação de Acidente em Serviço - CRPIAS e após conclusão do processo encaminha para publicação em DODF
- **Comissão Regional Permanente de Investigação de Acidente em Serviço** - Apura os fatos conforme Decreto nº 34.023/2012 e encaminha ao NSHMT e Direção para homologação. Preenchimento do formulário do SINAN e encaminhar para Vigilância Epidemiológica (Portaria 104/2011 do Ministério da Saúde).
- **Núcleo de Segurança Higiene e Medicina do Trabalho** - Preenche o Laudo Técnico Pericial (nexo causal) e devolve a Comissão Regional Permanente de Investigação de Acidente em Serviço – CRPIAS. Preenchimento do formulário do SINAN e encaminhar para Vigilância Epidemiológica. (Portaria 104/2011 do Ministério da Saúde).

## 6. DEFINIÇÕES/SIGLAS

- **SES:** Secretaria de Estado de Saúde.
- **GP:** Gerência de Pessoal.
- **NSHMT:** Núcleo de Segurança Higiene e Medicina do Trabalho
- **GAE:** Guia de Atendimento de Emergência
- **CRPIAS:** Comissão Regional Permanente de Investigação de Acidentes em Serviços – CRPIAS
- **SINAN:** Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- **Definições de Acidente de Serviço**

É aquele ocorrido no exercício do cargo, que se relacione, direta ou indiretamente, com as atribuições deste, provocando morte, lesão corporal ou perturbação funcional que cause perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

1. **Acidente Típico:** Aquele que ocorre no exercício do trabalho.
2. **Acidente de Trajeto:** Aquele que ocorre no percurso de casa para o trabalho e vice-versa.
3. **Doença Ocupacional:** Ocorre pelo exercício do trabalho devido à exposição a agentes nocivos à saúde.

## 7. DESENVOLVIMENTO

### (RECURSOS NECESSÁRIOS E INSTRUÇÃO DE TRABALHO)

Procedimentos a serem seguidos pelo servidor acidentado e setores da SES envolvidos no processo de apuração de acidente em serviço:

#### 7.1. Pelo acidentado:

- a) O próprio ou terceiro comparece à Gerência de Pessoal ou Núcleo de Pessoal e solicita o Requerimento de Apuração de acidente em serviço.

b) Preenche o Requerimento de Apuração de Acidente em Serviço em 2 vias e colhe a assinatura da chefia imediata. Uma via ficará com o servidor e a outra comporá o processo.

b.1) Em caso de afastamento do serviço, no prazo de 48 horas úteis, comparece à Unidade de Perícia Médica para homologação, apresenta o Requerimento de Apuração de Acidente em Serviço. Após homologação, o servidor retorna à chefia imediata com o Requerimento de Apuração de Acidente em Serviço e com o Laudo Médico Pericial, para autuação do processo.

b.2) Não havendo afastamento do serviço, no prazo de 48 horas úteis, o servidor preenche o Requerimento de Apuração de Acidente em Serviço, solicita a assinatura da chefia imediata e comparece a um médico do trabalho da regional para realização de exame clínico. Após o exame clínico o servidor retorna à chefia imediata com Requerimento de Apuração de Acidente em Serviço e o exame clínico para autuação do processo.

c) Em caso de acidente de trajeto anexar cópia da ocorrência policial e na ausência dela fazer declaração do ocorrido de próprio punho.

d) Em caso de impossibilidade do acidentado comparecer à Unidade de Perícia Médica, poderá utilizar-se de terceiros ou chefia imediata munido de relatório médico.

e) Ciência do Servidor acidentado após conclusão do processo.

#### **7.2. Pela Chefia Imediata:**

a) A chefia imediata assina a ciência do Requerimento de Apuração de Acidente em Serviço (com ou sem afastamento do trabalho) e encaminha ao Setor de Protocolo para autuação do processo.

#### **7.3. Pelo Setor de Protocolo:**

a) O setor de protocolo abre processo de Apuração de Acidente em Serviço e encaminha para a Gerência de Pessoal ou Núcleo de Pessoal anexar a classificação funcional conforme anexo.

#### **7.4. Gerência de Pessoal ou Núcleo de Pessoal:**

a) Encaminha o processo de Apuração de Acidente em Serviço a CRPIAS, para efetuar apuração e conclusão conforme Decreto 34.023/2012.

b) Ao final do processo,, após ciência do acidentado, encaminha o Processo de Apuração de Acidente em Serviço para arquivamento no Setor de Protocolo.

#### **7.5. Pela Comissão Permanente de Apuração de Acidente em Serviço:**

a) Comissão efetua apuração do Acidente, conforme Decreto 34.023/2012.

b) Encaminha, para verificação de nexos causais do acidente, o processo de Apuração de Acidente em Serviço e o servidor acidentado ao Núcleo de Segurança e Higiene e Medicina do Trabalho.

c) Envia o Mandado de Intimação para o servidor acidentado com hora e data para depoimento.

d) Colhe o depoimento do servidor acidentado.

e) Envia o Mandado de Intimação para testemunhas.

f) Colhe o depoimento das testemunhas.

g) Após devolução do NSHMT emite Ata de Confirmação do acidente em serviço e envia uma cópia para prontuário ocupacional.

h) Emite o Termo de Encerramento e Remessa.

i) Envia o processo para Gerência de Pessoal ou Núcleo de Pessoal para publicação no DODF.

j) Preenchimento do formulário do SINAN e encaminhar para Vigilância Epidemiológica. (Portaria 104/2011 do Ministério da Saúde).

**7.6. Pelo Núcleo de Saúde e Higiene de Medicina do Trabalho:**

- a) Preenche o Exame Clínico para Verificação de Nexo Causal e devolve a Comissão Regional Permanente de Investigação de Acidente em Serviço.
- b) Acompanhamento do servidor que sofreu acidente em serviço com material biológico através de exame periódico.
- c) Preenchimento do formulário do SINAN e encaminhar para Vigilância Epidemiológica. (Portaria 104/2011 do Ministério da Saúde).

**8. FORMULÁRIOS/ REGISTROS**



- Requerimento de Apuração de Acidente em Serviço
- Relatório de Investigação e Análise de Acidente
- Exame Clínico do Acidentado/Nexo causal
- Mandado de Intimação
- Termo de Depoimento
- Ata de Confirmação do Acidente em Serviço
- Termo de Encerramento

**9. ANEXOS**

- Anexo a: Requerimento de Apuração de Acidente em Serviço
- Anexo b: Relatório de Investigação e Análise de Acidente
- Anexo c: Exame Clínico do Acidentado/Laudo Técnico Pericial
- Anexo d: Mandado de Intimação
- Anexo e: Termo de Depoimento
- Anexo f: Ata de Confirmação do Acidente em Serviço
- Anexo g: Termo de Encerramento e Remessa
- Anexo h: Fluxograma Acidente em Serviço



Anexo: A

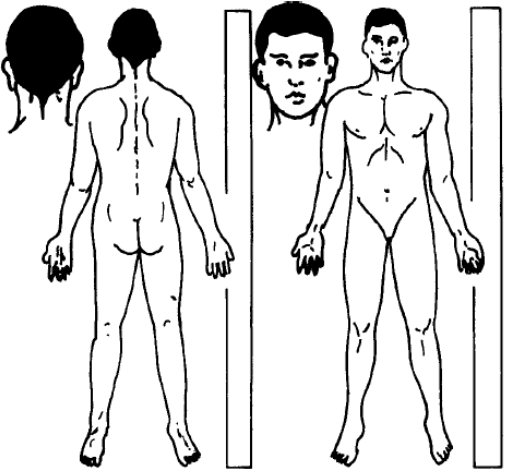
Requerimento de Apuração de Acidente em Serviço

 <p>GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE SUBSECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DIRETORIA DE SAÚDE OCUPACIONAL GERENCIA DE SEGURANÇA HIGIENE E MEDICINA DO TRABALHO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO TRABALHO</p>	 <p><b>REQUERIMENTO DE APURAÇÃO DE ACIDENTE EM SERVIÇO</b></p>
<b>PREENCHIMENTO A CARGO DA CHEFIA IMEDIATA DO SERVIDOR (duas vias):</b>	
Nome: _____ Matrícula: _____	
Carga horaria: _____	Idade: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____ Grau de instrução: _____ Data de admissão: _____
Lotação: _____	Função/Cargo: _____
Telefone de contato: _____	Último dia trabalhado: _____
Local do acidente: _____ Dia da semana: _____	
Data do acidente: _____	Data do afastamento: _____ Hora: _____ Após _____ horas de trabalho
<b>TESTEMUNHAS</b>	
(1) Nome: _____	
Endereço: _____	Telefone: _____
(2) Nome: _____	
Endereço: _____	Telefone: _____
Registro Policial: ( )Sim ( )Não	Atividade do servidor no momento do acidente: _____
Descrição do Acidente: _____	
Assinatura do Servidor	Assinatura, Matrícula, Carimbo da Chefia Imediata



## Anexo: B

### Relatório de Investigação e Análise de Acidente

 <p>GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE SUBSECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DIRETORIA DE SAÚDE OCUPACIONAL GERENCIA DE SEGURANÇA HIGIENE E MEDICINA DO TRABALHO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO TRABALHO</p> 	<b>Relatório de Investigação e Análise de Acidente</b>
1. Nome do Servidor	2. Telefone
3. Matrícula	4. Órgão      5. Lotação
6. Grau de instrução	<input type="checkbox"/> ensino fundamental <input type="checkbox"/> ensino médio <input type="checkbox"/> ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> ensino superior completo <input type="checkbox"/> pós graduado
7. Ocupação habitual:	
8. Tempo na função: _____ ano(s) e _____ mês(es)	
9. A história foi colhida: <input type="checkbox"/> com o acidentado <input type="checkbox"/> com terceiro(s)	
10. Local onde ocorreu o acidente:	<input type="checkbox"/> trajeto trabalho – casa <input type="checkbox"/> trajeto casa - trabalho <input type="checkbox"/> ambiente de trabalho habitual <input type="checkbox"/> ambiente de trabalho eventual <input type="checkbox"/> outros
10.1 Descrição detalhada do local de trabalho (tipo de piso/inclinação/iluminação...outros):	
11. Descrição da atividade que realizava no momento do acidente (especificar o objeto causador e atividade desenvolvida no momento do sinistro):	
12. Data e hora em que ocorreu o sinistro:	
13. Causas do acidente (descrever a árvore das causas: ato inseguro/ambiente inseguro/causa básica):	
14. Descrição do atendimento médico inicial (primeiro socorro):	
15. Descrição do seguimento do tratamento para a lesão adquirida:	
16. Oitiva de testemunhas do acidente (identificar as testemunhas):	
<b>Do apurado na sindicância</b>	
17. Nome e matricula do chefe imediato do servidor acidentado	
18. O supervisor/chefe do servidor estava presente no momento do infortúnio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
19. Houve planejamento na execução do trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
20. Houve treinamento de segurança para a realização da tarefa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
21. Faltaram instruções específicas para a execução da tarefa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
22. Já ocorreram acidentes semelhantes no mesmo local e/ou situação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

23. Faltou equipamento de segurança? [ ] Sim [ ] Não [ ] Não pertinente ao caso
24. Qual?
25. Se não usou equipamento de segurança necessário, por quê?
26. Quais as providências realizadas(tomadas) anteriormente com relação à segurança do serviço e/ou equipamento?
27. Quantas pessoas estavam presentes no momento do sinistro? Quais os nomes e matrículas dos servidores?
28. O acidente poderia ter envolvido quantos servidores e por quê?
29. Quais providências podem ser tomadas para evitar futuros acidentes semelhantes?
<p>30. Assinalar as áreas lesionadas pelo acidente de trabalho na figura abaixo:</p> <div style="text-align: center;">  </div>
31. Responsável pelo preenchimento:
32. Parecer da Segurança do Trabalho:
<p>Brasília/DF, ____/____/2013.</p> <p>_____ Assinatura, Matrícula, CRM e Carimbo</p>

**Anexo: C**  
**LAUDO TÉCNICO PERICIAL**

	<small>GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE SUBSECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DIRETORIA DE SAÚDE OCUPACIONAL GERENCIA DE SEGURANÇA HIGIENE E MEDICINA DO TRABALHO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO TRABALHO</small>		<b>LAUDO TÉCNICO PERICIAL</b>
---	--	---	-----------------------------------

<b>PREENCHIMENTO A CARGO DO MÉDICO DA UNIDADE DE SAÚDE OCUPACIONAL</b>	
<b>De acordo com o servidor, ocorreu:</b> Acidente em Serviço: (    ) Acidente de Trajeto: (    ) Doença Ocupacional: (    ) Outras informações:	Agente causador:   Sede das lesões:

<b>APRESENTAÇÃO DO ACIDENTE</b>		
Identificação do órgão:	Data: ____/____/____	Hora:
Acidente com afastamento (    )	Acidente sem afastamento (    )	
Duração provável da licença médica: (    )	dias	

<b>DESCRIÇÃO DA (S) LESÃO(ÕES)</b>

<b>DIAGNÓSTICO PROVÁVEL</b>

<b>AVALIAÇÃO SITUACIONAL</b>
------------------------------

Condições patológicas preexistentes ao acidente: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>Há compatibilidade entre o estágio evolutivo da(s) lesão(ões) e a data do acidente declarada? (o) no anverso? Sim (    ) Não (    )</li><li>Há correlação entre a natureza, grau e localização da(s) lesão (ões) e o histórico do acidente que a teria provocada? _____</li><li>Há correlação entre a atividade desempenhada pelo (a) servidor(a), local de trabalho e horário do acidente? _____</li></ul>
Limitação Laborativa: Nenhuma <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>
Regime de tratamento a que deverá submeter-se o servidor acidentado: (    ) Hospitalar (    ) Ambulatorial
O servidor acidentado foi hospitalizado em: Data: ____/____/____ Local: _____ Data da alta: ____/____/____
Brasília/DF, ____/____/____ <div style="text-align: right;">Assinatura, Matrícula, CRM e Carimbo</div>

À  
Comissão Regional Permanente de Investigação de Acidente em Serviço para apurar  
nos termos da legislação vigente.

Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**Anexo: D**



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE GESTÃO  
DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
DIRETORIA DE SAÚDE OCUPACIONAL  
GERENCIA DE SEGURANÇA HIGIENE E MEDICINA DO TRABALHO  
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO TRABALHO**



**MANDADO DE INTIMAÇÃO**

Os Sindicantes da Comissão Regional Permanente de Investigação de Acidente em Serviço - CRPIAS, constituída através da Ordem de Serviço nº \_\_, de \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_, publicado no DODF, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_,

MANDA,

a quem for este distribuído, que o INTIME o(a) Sr(a) \_\_\_\_\_,

a comparecer à sala de audiência desta Comissão, no \_\_\_\_\_,

no dia \_\_/\_\_/\_\_, às \_\_\_\_\_ horas, a fim de responder sobre os fatos constantes do Processo nº \_\_\_\_\_.

Eu, secretário, conferi o presente e certifiquei nos autos sua expedição, pelo que também o subscrevo.

Brasília-DF, \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_  
Secretário

**Anexo: E**



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE GESTÃO  
DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
DIRETORIA DE SAÚDE OCUPACIONAL  
GERENCIA DE SEGURANÇA HIGIENE E MEDICINA DO TRABALHO  
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO TRABALHO**



**TERMO DE DEPOIMENTO**

Acidentado ou Testemunha

Aos \_\_\_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_ do ano de \_\_\_\_\_, no \_\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_ horas, perante a Comissão Regional Permanente de Investigação de Acidente em Serviço - CRPIAS, constituída através da Ordem de Serviço nº \_\_, de \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_, publicado no DODF, de \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_, atendido que dispõe o Decreto nº 34.023, de 10/12/2012, compareceu para responder sobre os fatos constantes do Processo nº \_\_\_\_\_, o(a) senhor(a) \_\_\_\_\_, função \_\_\_\_\_, para depor. Inquirido (a), relata o(a) depoente que: \_\_\_\_\_. Nada mais disse nem lhe foi perguntado, a Sindicância deu por encerrado o presente termo que, após lido e achado conforme, segue assinado por todos os presentes, abaixo identificados. Eu, \_\_\_\_\_Sindicante, o digitei e também subscrevo.

\_\_\_\_\_  
Depoente

\_\_\_\_\_  
Presidente

\_\_\_\_\_  
Secretário

Anexo: F



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE GESTÃO  
DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
DIRETORIA DE SAÚDE OCUPACIONAL  
GERENCIA DE SEGURANÇA HIGIENE E MEDICINA DO TRABALHO  
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO TRABALHO**



**ATA DE CONFIRMAÇÃO DO ACIDENTE EM SERVIÇO**

Aos \_\_\_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_ do ano de \_\_\_\_\_, no \_\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_ horas, a Comissão Regional Permanente de Investigação de Acidente em Serviço - CRPIAS, constituída através da Ordem de Serviço nº \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, publicado no DODF, de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, atendido que dispõe o Decreto nº 34.023, de 10/12/2012, reuniu para analisar os fatos constantes do Processo nº \_\_\_\_\_ e, conforme os depoimentos dos envolvidos contidos no processo, que foram tomados a termos, referente Apuração de Acidente em Serviço e demais instrumentos constantes nos autos, CONCLUIMOS que a ocorrência do dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, com a servidor (a) \_\_\_\_\_ lotado (a) no \_\_\_\_\_ se deu em virtude de: (Prestação de serviço de enfermagem; trajeto (de casa para o trabalho ou vice-versa, ou conforme ocorrência policial de trânsito, conforme resultado de laudo de junta de perícia médica). \_\_\_\_\_, configurando assim como:

- ( ) acidente em serviço (Dec. 34.023/2012, Art.23, Parágrafo 1º, Itens I, II, III e IV)  
( ) acidente de trajeto (Dec. 34.023/2012, Art. 23, Parágrafo 1º, Item IV, alínea “c”)  
( ) ocorrência sem amparo legal

Brasília (DF), \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Anexo: G



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE GESTÃO  
DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
DIRETORIA DE SAÚDE OCUPACIONAL  
GERENCIA DE SEGURANÇA HIGIENE E MEDICINA DO TRABALHO  
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO TRABALHO**

**TERMO DE ENCERRAMENTO E REMESSA**

Aos \_\_\_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_ do ano de \_\_\_\_\_, a Comissão Regional Permanente de Investigação de Acidente em Serviço - CRPIAS, constituída pela Ordem de Serviço nº \_\_, \_\_ de \_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_, deu por encerrados os trabalhos e na oportunidade estamos encaminhando à Gerência de Pessoal/Núcleo de Pessoal para ciência do servidor, anotações em registro, publicação em DODF e arquivamento. Segue assinado por todos os membros.

---

Presidente

---

Secretário

---

Membro

## Anexo: H

### FLUXOGRAMA – ACIDENTE DO TRABALHO

