

DECRETO Nº 5.200

“Aprova a NG nº 01 (Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT).”

O PREFEITO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições legais, tendo em vista o contido no protocolado sob nº 20.771/2024,

DECRETA:

NG -01: COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT

Art. 1º Fica aprovada a Norma Geral nº 01 (Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT), no âmbito do Poder Executivo, nos termos deste Decreto.

CAPÍTULO I
APLICAÇÃO

Art. 2º Aplicam-se a todos os servidores públicos municipais da Prefeitura Municipal de Paranaguá, sob Regime Jurídico Estatutário, Temporários, Cargos Comissionados, Agentes Políticos e CLT.

CAPÍTULO II
JURISDIÇÃO

Art. 3º A Política de Segurança e Saúde do Trabalho consiste em analisar e implementar ações para atenuar e/ou eliminar os riscos relacionados ao trabalho.

Parágrafo único. A Prefeitura Municipal de Paranaguá, através do Departamento de Saúde Ocupacional, busca fortalecer continuamente, a segurança e saúde prevencionista de seus servidores públicos, em todos os níveis de responsabilidade, a fim de proporcionar-lhes um ambiente seguro, produtivo em prestação de serviços e uma melhor qualidade de vida.

CAPÍTULO III
PRINCÍPIO GERAL

Art. 4º Nenhum trabalho será tão urgente e importante que não possa ser planejado e executado com Segurança e Saúde do Trabalho.

CAPÍTULO IV
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 5º A Segurança e Saúde dos Servidores Públicos da Prefeitura Municipal de Paranaguá, devem ser inerentes e essenciais na execução de suas atividades administrativas e operacionais.

Art. 6º As chefias imediatas dos Servidores Públicos (Estatutários, Temporários, Cargos Comissionados, Agentes Políticos e CLT), deverão realizar o preenchimento do formulário da CAT e após deverão comunicar o Departamento de Saúde Ocupacional (Segurança do Trabalho), no prazo de 24 (vinte e quatro) horas úteis, quando ocorrer Acidentes do Trabalho pessoal dos Tipos: Típico, trajeto ou doença ocupacional ou do trabalho, para abertura da Comunicação de Acidente do Trabalho.

Art. 7º Todas as ocorrências de acidente de trabalho, mesmo aquelas que não acarretem afastamento do servidor, deverão ser comunicadas, devendo obedecer ao prazo e procedimento estabelecido nesta norma.

Art. 8º Os servidores e Chefes que por ação ou omissão deixarem de comunicar os acidentes de trabalho ocorridos em sua área de atuação, serão responsabilizados administrativamente.

Art. 9º Acidente de trabalho: É aquele que ocorre pelo exercício do trabalho, a serviço da Prefeitura Municipal de Paranaguá, provocando lesão corporal, perturbação funcional ou doença que cause a morte, perda ou redução (permanente ou temporária) da capacidade para o trabalho.

§ 1º Também será considerado acidente de trabalho:

I - No local e no horário de trabalho:

- a) A agressão física sofrida pelo funcionário em razão de seu cargo ou função;
- b) Dano pessoal causado ao funcionário por negligência, imperícia ou imprudência de terceiros.

II - Fora do local e do horário de trabalho:

- a) A agressão física sofrida pelo funcionário em razão de atos e procedimentos legalmente por ele praticados quando no exercício de seu cargo ou função, desde que identificado o agressor e apurado o motivo da agressão e inquérito policial.
- b) O acidente ocorrido no trajeto, ou seja, aquele que envolve funcionário no percurso de sua residência ao local de trabalho e vice-versa, desde que comprovados o trajeto, o horário e a escala de serviço no dia do evento.

§ 2º Não serão enquadrados como acidentes de trabalho as manifestações súbitas de doenças agudas ou crônicas havidas no local de trabalho ou no trajeto do mesmo.

Art. 10. Entende-se por doença ocupacional ou de trabalho a que decorrer das condições do serviço, conforme reconhecimento denexo causal.

Art. 11. A Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) deverá ser feita logo após o ocorrido pelo chefe imediato do acidentado, mediante preenchimento de formulário (conforme anexo integrante desta norma) que deverá ser encaminhado em até 24 (vinte e quatro) horas úteis quando ocorrer o acidente ao Departamento de Saúde Ocupacional - DSO.

CAPÍTULO V

SÃO ATOS DE RESPONSABILIDADES DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ

Art. 12. Assegurar o fiel cumprimento desta Norma, estabelecidas no presente documento.

CAPÍTULO VI

SÃO ATOS DE RESPONSABILIDADES DA CHEFIA IMEDIATA

Art. 13. Assegurar o fiel cumprimento desta Norma, a chefia imediata deverá proceder quando ocorrer acidente de trabalho:

§ 1º Quando o servidor sofrer acidente de trabalho: Típico, Trajeto ou doença ocupacional ou do trabalho:

a) A chefia imediata deverá realizar o preenchimento do formulário da CAT, acompanhando ou liberando o servidor para que seja realizado o atendimento médico. Também deverá auxiliar e encaminhar o servidor a comparecer ao Departamento de Saúde Ocupacional - DSO no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas úteis após a ocorrência do acidente.

§ 2º Quando o servidor sofrer acidente de trabalho com perfurocortante com material biológico:

a) A chefia imediata deverá encaminhar o acidentado imediatamente (preferencialmente até 2 (duas) horas após o acidente) ao atendimento médico com o formulário da CAT preenchido para realização de exames e análise do risco. Também deverá auxiliar e encaminhar o servidor a comparecer ao Departamento de Saúde Ocupacional - DSO no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas úteis após a ocorrência do acidente.

CAPÍTULO VII

SÃO ATOS DE RESPONSABILIDADES DOS SERVIDORES PÚBLICOS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ

Art. 14. Comunicar desde logo ao superior imediato qualquer acidente do trabalho ocorrido, seja o próprio servidor ou de seu colega de trabalho.

Art. 15. O servidor munido do formulário da CAT preenchido, comparecer ao Departamento de Saúde Ocupacional - DSO no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas úteis após a ocorrência do acidente.

CAPÍTULO VIII

SÃO ATOS DE RESPONSABILIDADES DOS MEMBROS DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO DA PREFEITURA DE PARANAGUÁ - CIPAPGUÁ

Art. 16. Realizar a orientação sobre o preenchimento e auxiliar o chefe imediato na Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT e após comunicar o Departamento de Saúde Ocupacional - DSO.

CAPÍTULO IX

SÃO ATOS DE RESPONSABILIDADES DO DSO - DEPARTAMENTO DE SAÚDE OCUPACIONAL

Art. 17. Responsável pelo registro da Comunicação de Acidente de Trabalho.

Art. 18. Compete ao Departamento de Saúde Ocupacional a determinação do nexode causa e efeito entre o acidente e a lesão apresentada pelo funcionário, e, entre esta e a eventual incapacidade laborativa, bem como a determinação de nexo causal quando se tratar de doença profissional.

Parágrafo Único. O Departamento de Saúde Ocupacional promoverá quando necessário e a seu critério, diligências no sentido de comprovar a veracidade da Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT promovendo a anulação da mesma em caso de fraude ou incorreção.

Art. 19. Compete ao Departamento de Saúde Ocupacional o controle estatístico e de suas implicações, bem como, a proposição de medidas destinadas à prevenção de acidentes.

Art. 20. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

PARANAGUÁ, Palácio “São José”, em 17 de abril de 2024.

MARCELO ELIAS ROQUE

Prefeito Municipal

MARCELA PAULA HENRIQUE DA SILVA

Secretária Municipal de Administração

ANEXO DO DECRETO Nº 5.200

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO (CAT) SERVIDOR CLT E ESTATUTÁRIO	
TIPO DE CAT: INÍCIO <input type="checkbox"/> REABERTURA <input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO DE ÓBITO: ___/___/___	
1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR	
Nome: _____	
Matrícula: _____ Data de Admissão: ___/___/___ DN: ___/___/___ Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Cargo: _____ Centro de custo: <input type="checkbox"/> CLT <input type="checkbox"/> ESTATUTÁRIO	
Endereço: _____ CPF: _____	
Bairro: _____ Telefone: _____	
CEP: _____ Município: _____ Secretaria: _____	
Local/Unidade: _____ Telefone: _____	
2. INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE	
Data do Acidente: ___/___/___ Hora do acidente: _____ Último dia trabalhado: _____	
Horas trabalhadas até o acidente: _____ Horas.	
<input type="checkbox"/> Com afastamento <input type="checkbox"/> Sem afastamento <input type="checkbox"/> Com óbito	
<input type="checkbox"/> Com lesão <input type="checkbox"/> Sem lesão	
Local do acidente: _____ Agente Causador: _____	
Especificação do local do acidente: _____	
Município do local do acidente: _____ Houve registro policial? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Usava EPI? Qual?: _____	
3. TIPO DE ACIDENTE	
<input type="checkbox"/> Típico (no trabalho)	
<input type="checkbox"/> Trajeto (deslocamento de casa para o trabalho ou do trabalho para casa)	
<input type="checkbox"/> Doença Ocupacional (competência exclusiva da DSO)	
4. PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S)	
Descreva a parte do corpo atingida: _____	
(Exemplos: Cabeça / Braço / Perna / Mão / Dedo / Pé / Olho / Tronco e etc.)	
Lateralidade: <input type="checkbox"/> Não aplicável <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Ambas	
5. DESCRIÇÃO DO ACIDENTE	
_____ _____ _____ _____ _____	
6. TESTEMUNHAS DO ACIDENTE (CASO HAJA Caso houver)	
Nome: _____ Assinatura: _____	
Endereço: _____ Telefone: _____	
Nome: _____ Assinatura: _____	

Endereço: _____ Telefone: _____	
7. ATENDIMENTO MÉDICO	
Unidade de Atendimento: _____	
Data: ___/___/___ Hora: _____	
Houve internação? [] SIM [] Não Provável duração do tratamento (Dias): _____	
Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? [] Sim [] Não	
Descrição e natureza da lesão: _____	
Diagnóstico provável: _____ CID-10: _____	
Observações: _____	
Local e data: _____	
Nome do médico, CRM, UF e carimbo: _____	
8. RESPONSÁVEIS PELAS INFORMAÇÕES	
Chefia Imediata: _____ Data: ___/___/___ Nome: _____ _____ Assinatura e carimbo Chefia	Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas: _____ Assinatura do servidor
A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE DE TRABALHO DEVE SER ENCAMINHADA AO DEPARTAMENTO DE SAÚDE OCUPACIONAL NO PRAZO DE 24 HORAS PARA SERVIDORES CLT E ESTATUTÁRIOS. A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO.	

Publicado por:
 Rubia Costa Rodrigues
Código Identificador: 135C903B

Matéria publicada no Diário Oficial dos Municípios do Paraná no dia 18/04/2024. Edição 3005
 A verificação de autenticidade da matéria pode ser feita informando o código identificador no site:
<https://www.diariomunicipal.com.br/amp/>