



MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS

Gabinete do Prefeito

Av. Cula Mangabeira, 211 – Montes Claros – MG - CEP 39.401-002

LEI Nº. 4.427, DE 08 DE NOVEMBRO DE 2011

DISPÕE SOBRE A NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA DE ACIDENTE DO TRABALHO ATRAVÉS DO RELATÓRIO DE ATENDIMENTO AOS ACIDENTADOS DO TRABALHO - RAAT.

O povo do Município de Montes Claros-MG, por seus representantes na Câmara Municipal, aprovou e o Prefeito Municipal, em seu nome e no uso de suas atribuições, sanciona a seguinte Lei:

Art. 1º – Fica criado no Município de Montes Claros – MG o Relatório de Atendimento ao Acidentado do Trabalho – RAAT, que será preenchido em uma única via e entregue, periodicamente, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, no Centro de Referência Regional de Saúde do Trabalhador – CEREST.

Art. 2º – O formulário – RAAT será confeccionado conforme modelos anexos (I e II), que ficam fazendo parte integrante desta Lei.

Parágrafo único – Por meio de concordância expressa do CEREST, poderão ser elaboradas alterações no referido formulário ou introduzido sistemas informatizados nas unidades de Pronto Atendimento, que completem, minimamente, as informações epidemiológicas contadas no RAAT.

Art. 3º – Nos casos de acidentes graves ou fatais do trabalho, a unidade de Pronto Atendimento deverá encaminhar, por fax ou via protocolo, uma cópia do RAAT para o CEREST, no prazo máximo de 12 (doze) horas, a contar da entrada do trabalhador na unidade de atendimento.

Art. 4º – De posse das informações contidas no RAAT, o CEREST realizará o processamento das informações, e promoverá, de modo articulado com a sociedade local e outras instituições, ações e programas preventivos e de promoção da saúde do trabalhador.

Art. 5º – As informações epidemiológicas extraídas dos RAATs serão tornadas públicas através de boletins e matérias em órgãos de divulgação, respeitando-se parâmetros éticos, de modo a não atingir pessoas ou organizações.





MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS

Gabinete do Prefeito

Av. Cula Mangabeira, 211 – Montes Claros – MG - CEP 39.401-002

Art. 6º – O não cumprimento do disposto no presente instrumento será considerado infração à legislação sanitária e implicará em sanções ao infrator, previstas na legislação pertinente.

Art. 7º – Revogadas as disposições em contrário, esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Montes Claros, 08 de novembro de 2011.


Luiz Tadeu Leite
Prefeito Municipal



ANEXO II

Introdução de Preenchimento

ATENDIMENTO

Unidade: nome da unidade onde o acidentado está sendo atendido.

Data e hora do atendimento.

Atendente: Nome do atendente (quem está preenchendo a ficha).

EMITIDA CAT: informar se foi ou não emitida a CAT pela empresa, e o seu número no caso afirmativo.

PACIENTE

Trata basicamente das informações pessoais do acidentado e da empresa. O endereço e o telefone da empresa são básicos para a ação de vigilância.

O regime de trabalho do empregado identifica o tipo de vínculo (CLT, Autônomo ou funcionalismo público). Atualmente só são registrados com a CAT, os acidentes com trabalhadores cobertos pela CLT. O RAAT portanto é o único registro dos acidentes ocorridos com os demais trabalhadores. Estima-se hoje que 60% dos trabalhadores não têm carteira assinada CLT.

ACIDENTE

Trata-se de informações importantes sobre a data, local e hora da ocorrência do acidente. Informar também o tipo de acidente:

Típico é o acidente ocorrido na atividade de trabalho do trabalhador. Por exemplo um carteiro é mordido por um cachorro – acidente típico; um metalúrgico tem um dedo cortado em uma prensa.

Trajeto é o que ocorre quando o trabalhador se desloca de casa para o trabalho ou do trabalho para casa (em horário e roteiro habitual).

Doença ocupacional são as doenças ocasionadas ou agravadas pela ocupação. Exemplo: LER/DORT (Lesão por esforços repetitivos, ou Doenças Ósteo-musculares relacionadas ao Trabalho).

Local: endereço do local do acidente. Se o mesmo ocorreu na empresa ou na residência do acidentado, pode ser referido empresa ou residência **DESDE QUE ESSE ENDEREÇO SEJA INFORMADO NOS CAMPOS APROPRIADOS**. Se for acidente de trajeto, deve ser informado o endereço completo do local do acidente.

Descrição resumida: **Descreva sucintamente o acidente.** Exemplo. Ao descer de uma escada escorregou com um pacote de peças que estava segurando. O piso estava escorregadio e com pouca iluminação.

Assinale as causas identificadas e especifique a máquina/ equipamento ou situação que gerou a lesão no campo DETALHAR.

PARECER MÉDICO

Reservado para preenchimento pelo médico que fez o atendimento. O médico deve assinalar com as partes do corpo atingidas, o diagnóstico, a classificação por gravidade e o a tempo previsto de afastamento. No campo DETALHAR complemente informações para elucidar o diagnóstico.

ANEXO I

Centro de Referência de Atendimento ao Acidentado do Trabalho
RAAT - Relatório de Atendimento ao Acidentado do Trabalho
SIVAT - Sistema de Vigilância de Acidentes de Trabalho

ATENDIMENTO	
UNIDADE: _____	DATA: ___/___/___ HORA: ___:___
ATENDENTE: _____	EMITIDACAT: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Nº: _____

PACIENTE	
NOME: _____	
DATA NASC: ___/___/___	SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F NOME DA MÃE: _____
END: _____ Nº: _____	BAIRRO: _____ CIDADE: _____
CEP: _____	FONE: _____ OCUPAÇÃO: _____
REGIME TRABALHO: <input type="checkbox"/> CLT <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> FUNCIONÁRIO PÚBLICO <input type="checkbox"/> OUTRO	
EMPRESA: _____	RAMO: _____
END. EMPRESA: _____	FONE: _____

ACIDENTE:		
DATA: ___/___/___	HORA: ___:___	
LOCAL DO ACIDENTE: _____	<input type="checkbox"/> TÍPICO <input type="checkbox"/> TRAJETO <input type="checkbox"/> DOENÇA OCUPACIONAL	
DESCRIÇÃO RESUMIDA: _____	MUNICÍPIO DO ACIDENTE: _____	
CAUSA(S):		
<input type="checkbox"/> VEÍCULO DE TRANSPORTE	<input type="checkbox"/> EXPLOÇÃO/INCÊNDIO / FOGO	<input type="checkbox"/> AGENTES QUÍMICOS / BIOLÓGICOS
<input type="checkbox"/> QUEDA DE ALTURA	<input type="checkbox"/> MÁQUINAS / EQUIPAMENTOS	<input type="checkbox"/> AGENTES FÍSICOS (CALOR, RUÍDO, RADIAÇÃO, ETC)
<input type="checkbox"/> QUEDA DE OBJETOS	<input type="checkbox"/> CORRENTE ELÉTRICA	<input type="checkbox"/> ANIMAIS / PLANTAS VENENOSAS
<input type="checkbox"/> ESFORÇO / PESO	<input type="checkbox"/> SUBSTÂNCIAS QUENTES	<input type="checkbox"/> OUTROS
DETALHAR: _____		

PARECER MÉDICO					
PARTES CORPO ATINGIDAS:					
<input type="checkbox"/> CABEÇA	<input type="checkbox"/> OLHO	<input type="checkbox"/> TÓRAX	<input type="checkbox"/> COSTAS	<input type="checkbox"/> MÃO	<input type="checkbox"/> MEMBROS SUPERIORES
<input type="checkbox"/> PESCOÇO	<input type="checkbox"/> CORPO TODO	<input type="checkbox"/> ABDÔMEN	<input type="checkbox"/> COLUNA	<input type="checkbox"/> PÉ	<input type="checkbox"/> MEMBROS INFERIOR
<input type="checkbox"/> OUTROS					
DIAGNÓSTICO					
<input type="checkbox"/> FCC	<input type="checkbox"/> ENTORSE	<input type="checkbox"/> AMPUTAÇÃO	<input type="checkbox"/> ESMAGAMENTO	<input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO	
<input type="checkbox"/> CONTUSÃO	<input type="checkbox"/> FRATURA	<input type="checkbox"/> DIST. RESP.	<input type="checkbox"/> LESÃO MEDULAR	<input type="checkbox"/> QUEIMADURA	
<input type="checkbox"/> POLITRAUMATISMO	<input type="checkbox"/> TCE	<input type="checkbox"/> TRAUMA VISCERAL	<input type="checkbox"/> INFECÇÃO	<input type="checkbox"/> LER/ DORT	
<input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO / ENVENENAMENTO					
<input type="checkbox"/> OUTROS					
DETALHAR: _____					
CLASSIFICAÇÃO INICIAL:		AFASTAMENTO PREVISTO:			
<input type="checkbox"/> LEVE	<input type="checkbox"/> SEM AFASTAMENTO				
<input type="checkbox"/> MODERADO	<input type="checkbox"/> 1 A 15 DIAS				
<input type="checkbox"/> GRAVE	<input type="checkbox"/> 15 A 30 DIAS				
<input type="checkbox"/> FATAL	<input type="checkbox"/> + DE 30 DIAS				
_____ CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO					

_____ (uso interno)
