



# 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:  S  N Nº: \_\_\_\_\_

## PACIENTE

NOME: \_\_\_\_\_  
DATA NASC: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SEXO:  M  F NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_  
END: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_ OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_  
REGIME TRABALHO:  CLT  AUTÔNOMO  FUNCIONÁRIO PÚBLICO  OUTRO  
EMPRESA: \_\_\_\_\_ RAMO: \_\_\_\_\_  
END. EMPRESA: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

## ACIDENTE:

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

## PARECER MÉDICO

### PARTES CORPO ATINGIDAS:

CABEÇA  OLHO  TÓRAX  COSTAS  MÃO  MEMBROS SUPERIORES  
 PESCOÇO  CORPO TODO  ABDÔMEN  COLUNA  PÉ  MEMBROS INFERIOR  
 OUTROS

### DIAGNÓSTICO

FCC  ENTORSE  AMPUTAÇÃO  ESMAGAMENTO  PERFURAÇÃO  
 CONTUSÃO  FRATURA  DIST. RESP.  LESÃO MEDULAR  QUEIMADURA  
 POLITRAUMATISMO  TCE  TRAUMA VISCERAL  INFECÇÃO  LER/ DORT  
 INTOXICAÇÃO / ENVENENAMENTO  
 OUTROS

DETALHAR: \_\_\_\_\_

### CLASSIFICAÇÃO INICIAL:

LEVE  
 MODERADO  
 GRAVE  
 FATAL

### AFASTAMENTO PREVISTO:

SEM AFASTAMENTO  
 1 A 15 DIAS  
 15 A 30 DIAS  
 + DE 30 DIAS

\_\_\_\_\_  
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

\_\_\_\_\_  
(uso interno)