



NORMA TÉCNICA 009/2023

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO

(CAT)

1. O acidente de trabalho ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da CETEFE, caracterizado por uma lesão corporal ou perturbação funcional, podendo causar a perda, redução permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho. O acidente de trajeto fica caracterizado como acidente de trabalho desde que ocorra na ida ou na volta do trabalho, ou o ocorrido no mesmo trajeto quando o trabalhador efetua as refeições na sua residência.
2. A análise de acidentes de trabalho é um método e técnica, que tem o objetivo de dizer como e porque ocorrem falhas de segurança no ambiente de trabalho, identificando as causas do acidente para que seja evitada a reincidência.
3. De acordo com o guia de análise acidentes de trabalho do Ministério do Trabalho é necessário a compreensão dos termos abaixo para uma análise correta e prevenção de novos acidentes:

3.1. Evento Adverso: Qualquer ocorrência de natureza indesejável relacionada direta ou indiretamente ao trabalho, incluindo:

a) ACIDENTE DE TRABALHO: Ocorrência geralmente não planejada que resulta em danos à saúde ou integridade física de trabalhadores ou de indivíduos do público.

Exemplo: A estante de arquivo cai no momento da retirada das caixas no (a) colaborador (a), ocasionando uma lesão no braço.

b) INCIDENTE: Ocorrência que sem ter resultado em danos à saúde ou integridade física de pessoas tinha potencial para causar tais agravos.

Exemplo: A estante de arquivo cai no momento da retirada das caixas, porém, o colaborador desvia, não ocasionando danos.

c) CIRCUNSTÂNCIA INDESEJADA: condição, ou um conjunto de condições, com potencial de gerar acidentes ou incidentes.

Exemplo: Trabalhar com a estante de arquivos fixada indevidamente ou não fixada em um local seguro, fazendo com que a mesma fique instável devido ao peso das caixas.



EVENTO ADVESO
PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS NA
UNIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

ACIDENTE DE TRABALHO

- I. O primeiro procedimento em caso de acidente de trabalho, o (a) Responsável pela Unidade de Trabalho (supervisor, coordenador ou gerente) deve solicitar ao (a) Gestor (a) da Instituição que prestamos serviço, o atendimento dos socorristas (Brigadista) para atender o (a) nosso (a) colaborador (a) vítima de acidente de trabalho.
- II. O (A) Gestor (a) da Instituição que prestamos serviço é quem deve acionar a sua equipe primeiros socorros (Brigadista). Se não houver serviço de Brigadista na Instituição, o (a) Gestor (a) da Instituição deverá solicitar o serviço público de emergência:
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): 192
Corpo de Bombeiros Militar: 193.
- III. Até a chegada da equipe especializada, o (a) Responsável pela Unidade de Trabalho deverá manter a equipe de trabalho afastada da vítima e manter sempre próximo da vítima até a chegada da equipe de primeiros socorros. O (A) Responsável pela Unidade de Trabalho, mesmo possuindo conhecimento na área de primeiros socorros, não poderá deslocar ou remover à vítima sem o comando da equipe de primeiros socorros.
- IV. Após o atendimento da equipe de primeiros socorros, o (a) Responsável pela Unidade de Trabalho deve informar o Núcleo de Assistência Social da CETEFE da ocorrência.
- V. A vítima somente poderá ser removida para um serviço médico público, mesmo se a vítima solicitar a sua remoção para hospital particular por possuir Plano de Saúde.
- VI. No caso de remoção da vítima, este serviço deve ser realizado pela equipe de primeiros socorros.
- VII. A vítima deve ser acompanhada pelo Responsável da Unidade de Trabalho (supervisor, coordenador ou gerente). Se a vítima necessitar de serviço de Libras, o responsável por acompanhar a vítima deverá possuir domínio de Libras ou nomear um supervisor com domínio de Libras para acompanhar a vítima.
- VIII. O (A) Responsável da Unidade de Trabalho somente ausentará da Unidade de Atendimento Médico após a chegada de um familiar, devendo o (a) Responsável da Unidade de Trabalho solicitar os dados do familiar (nome e contato celular). Os dados do familiar serão encaminhados ao Núcleo de Assistência Social da CETEFE.



- IX. Ao concluir toda assistência de primeiros socorros, em conjunto (Responsável pela Unidade de Trabalho, o Núcleo de Assistência Social e o Núcleo de Recursos Humanos) deve preencher a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e seguir com os trâmites para garantir o apoio ao (a) colaborador (a) acidentado (a) através da documentação e formulário de Análise de Acidente ou Incidente de Trabalho (Anexo I).
- X. O Formulário de Análise de Acidente ou Incidente de Trabalho (Anexo I) deve conter uma cópia na pasta do (a):
 - a) Colaborador (a) vítima de acidente de trabalho;
 - b) CIPA; e
 - c) Contrato da Instituição que a CETEFE presta serviço.

INCIDENTE DE TRABALHO OU CIRCUNSTÂNCIA INDESEJADA

- I. O incidente de trabalho é uma ocorrência que tem potencial de ocasionar um acidente de trabalho, caso seja negligenciado. Portanto, ao ocorrer, o (a) Responsável pela Unidade de Trabalho (supervisor, coordenador ou gerente) deve encaminhar imediatamente o Formulário de Análise de Acidente ou Incidente de Trabalho (Anexo I) à CIPA no email: cipa@cetefe.org e com copia para o Núcleo de Assistência Social da CETEFE email: social@cetefe.org
- II. Para circunstância indesejada, deve seguir o procedimento citado acima (item I).
- III. A CIPA encaminhará o Formulário de Análise de Acidente ou Incidente de Trabalho (Anexo I) para Gestão Administrativa e Financeira (GAF) através do email gaf@cetefe.org, onde será providenciado o recurso ou ação necessária para que não resulte em danos significativos.
- IV. A CIPA / CETEFE deverá executar e acompanhar todos os procedimentos até a exclusão total do agente que pode levar danos ao (a) colaborador (a).



**EVENTO ADVESO
PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS NA
UNIDADE DE SEDE**

ACIDENTE DE TRABALHO

- I. O primeiro procedimento em caso de acidente de trabalho, o (a) colaborador (a) que estiver próximo da vítima deve solicitar apoio à equipe do Programa Social de Reabilitação ou Habilitação para atendimento à vítima.
- II. Na ausência da equipe do Programa Social de Reabilitação ou Habilitação deverá procurar a equipe de Brigadista da Instituição Parceira da CETEFE (ENAP). Na ausência da equipe de Brigadista da ENAP deverá acionar o serviço público de emergência:
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): 192
Corpo de Bombeiros Militar: 193.
- III. Até a chegada da equipe especializada, o (a) colaborador que acionou a equipe de apoio de primeiros socorros deverá manter a equipe de trabalho afastada da vítima e manter próximo da vítima até a chegada da equipe de primeiros socorros. O (A) colaborador (a) que estiver dando apoio à vítima, mesmo (a) tendo conhecimento de primeiros socorros, nunca tenta descolocar ou remover à vítima sem o comando da equipe de primeiros socorros.
- IV. Após o atendimento da equipe de primeiros socorros, o (a) colaborador (a) que deu o suporte a vitima deve informar a Gestão Técnica Social da ocorrência.
- V. A vítima somente poderá ser removida para um serviço médico público, mesmo se a vítima solicitar a remoção para hospital particular por possuir Plano de Saúde.
- VI. No caso de remoção da vítima, este serviço deve ser realizado pela equipe de primeiros socorros.
- VII. Na remoção da vítima, a Gestão Técnica Social deve autorizar uma pessoa para acompanhar a vítima. Se a vítima necessitar de serviço de Libras, a pessoa que acompanhará a vítima deverá possuir domínio de Libras.
- VIII. A pessoa autorizada para acompanhar a vítima, somente ausentará da Unidade de atendimento médico, após a chegada de um familiar, devendo a pessoa indicada para acompanhar a vítima solicitar os dados do familiar (nome e contato celular). Os dados do familiar deverão ser encaminhados à Gestão Técnica Social.
- IX. Ao concluir toda assistência de primeiros socorros, em conjunto (Responsável pelo acompanhamento da vítima, o Núcleo de Assistência Social e o Núcleo de Recursos Humanos) deve preencher a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e seguir com os trâmites para garantir o



- apoio ao (a) colaborador (a) acidentado (a) através da documentação e formulário de Análise de Acidente ou Incidente de Trabalho (Anexo I).
- X. O Formulário de Análise de Acidente ou Incidente de Trabalho (Anexo I) deve conter uma cópia na pasta do (a):
- Colaborador (a) vítima de acidente de trabalho; e
 - CIPA.

INCIDENTE DE TRABALHO OU CIRCUNSTÂNCIA INDESEJADA

- O incidente de trabalho é uma ocorrência que tem potencial de ocasionar um acidente de trabalho, caso seja negligenciado. Portanto, ao ocorrer, o (a) colaborador (a) deve informar o seu Gestor para encaminhar imediatamente o Formulário de Análise de Acidente ou Incidente de Trabalho (Anexo I) à CIPA no email: cipa@cetefe.org e para o Núcleo de Assistência Social da CETEFE email: social@cetefe.org
- Para circunstância indesejada, deve seguir o procedimento citado acima (item I).
- A CIPA encaminhará o Formulário de Análise de Acidente ou Incidente de Trabalho (Anexo I) para Gestor do (a) colaborador (a) e para Gestão Administrativa e Financeira (GAF) através do email gaf@cetefe.org, onde será providenciado o recurso ou ação necessária para que não resulte em danos significativos.
- A CIPA / CETEFE deverá executar e acompanhar todos os procedimentos até a exclusão total do agente que pode levar danos ao (a) colaborador (a).



ANEXO I

Formulário de Análise de Acidente ou Incidente de Trabalho

1. Identificação do Contrato

| | | | | | |
|---------------------------|--|--------|--|--------|--|
| Contrato | | Cidade | | Estado | |
| Responsável pelo registro | | Função | | Turno | |

2. Tipo de Evento Adverso

ACIDENTE DE TRABALHO: ocorrência geralmente não planejada que resulta em danos à saúde ou integridade física de trabalhadores ou de indivíduos do público.

INCIDENTE: ocorrência que sem ter resultado em danos à saúde ou integridade física de pessoas tinha potencial para causar tais agravos.

CIRCUNSTÂNCIA INDESEJADA: condição, ou um conjunto de condições, com potencial de gerar acidentes ou incidentes.

3. Incidente ou Circunstância Adversa

Descreva minuciosamente o incidente ou circunstância adversa para devidas providências (se houver vítima, preencher a partir do item 4).

| |
|--|
| |
|--|

4. Dados do Acidente de Trabalho

| | | | |
|--------------------------------|--|--|--|
| Tipo | <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Fatal | Data | Hora |
| Número acidentados | | Local/Setor do contrato | |
| Houve atendimento Emergencial? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Houve transferência para Hospital Regional ou Estadual? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| | <input type="checkbox"/> Brigada Local <input type="checkbox"/> SAMU ou Bombeiros | | Se sim, qual? Acompanhante: |
| Natureza da lesão | <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Ferimento(s) <input type="checkbox"/> Cortantes <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Outro: _____ | Se não houve transferência, qual foi a orientação recomendada pelo responsável do atendimento? | <input type="checkbox"/> Prosseguir com suas funções laborais <input type="checkbox"/> Procurar um serviço de saúde não emergencial. <input type="checkbox"/> Outro: _____ |



5. Dados do Acidentado(s) – Para cada acidentado deve-se preencher 1(um) formulário

| | | | | |
|------------------------------------|--|----------------------|----------------|---|
| Colaborador(a) | | | Função | |
| Sexo | | Data de nasc. | | Deficiência |
| Nome do contato emergencial | | | Contato | O mesmo foi avisado? () Sim () Não |

6. Descrição da Atividade

| | | | |
|---|---|--|---|
| Descreva a atividade que a vítima estava realizando quando ocorreu o acidente | | | |
| | | | |
| | Atividade rotineira ou habitual | | Atividade nova, realizada pela primeira vez |
| | Atividade rotineira, porém, com novos equipamentos ou recursos. | | Há meta ou exigência de produção pela equipe. |
| | Utilizava EPI durante o acidente | | Não utilizava EPI durante o acidente |

7. Descrição do Local do Acidente

| |
|--|
| Descreva o local que a vítima estava quando ocorreu o acidente |
| |

8. Descrição do Acidente

| |
|--|
| Descreva como ocorreu o acidente |
| |
| Fatores que contribuíram para o acidente |
| |

9. Descrição do Acidente

| | | |
|--|---|----------------------------|
| | | |
| Assinatura Responsável pelo preenchimento do Formulário | Assinatura Gestão Técnica Social | Assinatura CIPA |
| Data: | Data: | Data: |



10. Medidas adotadas pela CETEFE / CIPA após análise do acidente.

| Descreva as medidas adotadas durante o CAT e para prevenção de novos acidentes | Responsável |
|--|-------------|
| | |