

PAT – PROCEDIMENTO EM ACIDENTE

Documento Interno para Análise de Acidente

Emissão: 23/11/23

Orientações	<p>O PAT devidamente preenchido numa única página e todos os documentos relativos ao acidente, inclusive o atestado médico, devem ser enviados digitalizados pelo SIPEX à SGE01.09.05 – Seção Técnica de Treinamento e Apoio às CIPAs no prazo de 24 h. O Atestado Médico, além de ser enviado digitalizado pelo SIPEX, também deve ser enviado pelo SEI (Sistema Eletrônico de Informações). O PAT e o atestado médico originais devem ficar arquivados na unidade.</p> <p>O(A) servidor(a) acidentado(a) deve comparecer ao SESMT apenas nos seguintes casos: afastamento superior a 14 dias, prazo de 3 dias úteis; falta de CID no atestado, apresentar a via original no prazo de 24h; ou por convocação.</p> <p>A chefia imediata deve acompanhar os trâmites do SIPEX até o seu encerramento e ainda encaminhar uma cópia do PAT à CIPA.</p> <p>O passo a passo para preenchimento do formulário encontra-se disponível no Portal do Servidor → Guia de Serviços → PAT.</p> <p>Em caso de acidente fatal, acidente de trânsito, ameaça, agressão, assalto e/ou tentativa de assalto, é necessário apresentar cópia do Boletim de Ocorrência – BO.</p>			
Dados do Servidor	Funcionais	1-Nome: _____	2-Código Funcional: _____	
		3-Local de trabalho: _____	4-Telefone (local de trabalho): _____	
		5-Endereço de trabalho: _____		
		6-E-mail (local de trabalho): _____		
		7-Função: _____	8-Tempo na função: _____	
	Pessoais	9-Treinado na função? () Sim () Não	10-Horário de trabalho: _____	
		11-Regime de contratação: () CLT () Estatutário () Comissionado	12-Aposentado? () Sim () Não	
		13-Data nasc.: _____	14-Estado civil: _____	15-Tel. (servidor): _____
		16-Sexo: () M () F	17 - Gestante? () Sim () Não () N/A	
		18-CPF: _____	19-PIS/PASEP: _____	
Dados do Acidente	20-End. residencial: _____	21-CEP: _____		
	22-Bairro: _____	23-Município: _____		
	24-Data do acidente: _____	25-Hora do acidente: _____		
	26-Dia trabalhado antes do acidente: _____	27-Horas trabalhadas até o momento do acidente: _____		
	28-Houve BO? () Sim () Não	29-Houve morte? () Sim () Não		
	30-Estava com EPI? () Sim () Não () N/A	31-A unidade tem EPI? () Sim () Não		
	32-Parte(s) do corpo atingida(s): _____	33-Lateralidade: () Direita () Esquerda () Ambas () N/A		
	34-Agente causador do acidente: _____			
	35-Local do acidente (Endereço): _____	36-CEP: _____		
	37-Bairro: _____	38-Município: _____		
	39-Especificação do local: _____			
	40-Descrição do acidente: _____			
	41-Testemunha 1) Nome: _____	Tel.: _____		
	42-Testemunha 2) Nome: _____	Tel.: _____		
	43-Data em que a chefia imediata tomou conhecimento do acidente: ____/____/____.			
44-Data em que a CIPA tomou conhecimento do acidente: ____/____/____.				
45-Assinatura e Carimbo da Chefia (Atentar para Art. 299 da lei 2.848/40, que trata da falsidade ideológica).				
<p>_____ Chefia Imediata: _____ Divisão/Gerência/Diretoria: _____ Data: _____ Data: _____</p>				
Preenchimento SESMT				
Médico do Trabalho SESMT	46-Acidente de Trabalho? () Sim () Não	47-() Típico () Trajeto () Doença Ocupacional		
	48-() Inicial () Reabertura	49-CBO: _____	50-CID: _____	51- Tempo de Afastamento: _____
	52-Assinatura, carimbo e data.			