



ORDEM DE SERVIÇO SESMT Nº 02/2017 – Publicada no D.O.M. de 13/05/2017.

Estabelece orientações para notificação de eventos ocorridos no ambiente de trabalho na Prefeitura Municipal de Piracicaba.

O **Coordenador Geral do SESMT** no uso de suas atribuições e com fundamento na Lei Municipal nº 1972/72 e na Consolidação das Leis do Trabalho e

Considerando que o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) é composto por uma equipe de profissionais: médico do trabalho, enfermeiro, engenheiro do trabalho, técnicos em enfermagem e técnicos em segurança do trabalho, que estão direcionados a promoção da saúde e segurança do trabalho de todos os servidores;

Considerando o expressivo número de servidores municipais;

Considerando a importância da comunicação, principalmente o completo e exato preenchimento do formulário, tendo em vista as informações nele contidas, não apenas do ponto de vista previdenciário, estatístico e epidemiológico, mas também trabalhista e social.

Considerando o fato dos postos de trabalho não estarem concentrados num único lugar;

Considerando as exigências da legislação trabalhista;

Considerando a necessidade da padronização dos procedimentos para avaliação do nexo de causalidade pela Junta Médica Oficial;

Considerando a necessidade de agilidade em responder as demandas apresentadas,

Resolve baixar a seguinte Ordem de Serviço:

1. Cabe à chefia imediata, com a ciência do servidor e do Núcleo de Apoio Administrativo (NAA), comunicar o SESMT de ocorrências que acontecerem no seu posto de trabalho através da Comunicação



Prefeitura do Município de Piracicaba

Secretaria Municipal de Administração

Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

SESMT



de Ocorrência Funcional (COF).

2. O servidor pode solicitar a abertura de COF por mera **suspeição**.

3. É obrigatório o preenchimento de todos os campos do Formulário da COF.

4. Ocorrência funcional é todo acontecimento que ocorre no exercício da atividade a serviço da Prefeitura de Piracicaba, que acaba provocando lesão corporal ou perturbação funcional e gerando a perda ou a redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho. Em certos casos, uma ocorrência no trabalho pode causar a morte. Também é considerado ocorrência funcional a doença produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade, independente de vínculo empregatício (estatutário, CLT, terceirizado, etc).

5. A comunicação, objeto desta ordenação, foi prevista inicialmente na Lei Complementar nº 148/2003 do Município de Piracicaba e pela Lei Federal nº 8.213/91 com alterações da Lei nº 9.032/95 e pela Lei nº 9.528/97.

6. Em face dos aspectos legais envolvidos, recomenda-se que sejam tomadas algumas precauções para o preenchimento da COF, dentre elas:

a – não assinar a COF em branco;

b – ao assinar a COF, verificar se todos os itens de identificação foram devida e corretamente preenchidos;

c – o preenchimento deverá ser feito NO COMPUTADOR através do LINK;

d – não conter emendas ou rasuras;

e – evitar deixar campos em branco;

f – apresentar a COF, impressa em papel, em duas vias, com a ciência do NAA de sua Secretaria, sendo que uma via será encaminhada ao SESMT e a outra para a CIPA.

7 – A Chefia imediata deverá comunicar o ocorrido com o servidor, havendo ou não afastamento do trabalho, até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato à autoridade competente.

8 – É obrigatória a emissão da COF relativa a suspeita de acidente ou doença profissional ou do trabalho



ocorrido com o aposentado por tempo de serviço ou idade, que permaneça ou retorne à atividade após a aposentadoria, embora não tenha direito a benefícios pelo INSS em razão do acidente, salvo a reabilitação profissional.

9 – Todos os casos com diagnóstico firmado de doença profissional ou do trabalho devem ser objeto de emissão de COF pela chefia imediata, e, sempre que possível, acompanhada de relatório médico preenchido pelo médico do trabalho ou médico responsável pelo PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – previsto na NR nº 7), com descrição da atividade e posto de trabalho para fundamentar onexo causal e o técnico.

10 – As reaberturas de COF deverão ser comunicadas ao SESMT pela Chefia imediata do Servidor, quando houver reinício de tratamento ou afastamento por agravamento de lesão de evento ocupacional comunicado anteriormente.

11 – Na COF de reabertura deverão constar as mesmas informações da época e, se possível, com a apresentação de novo atestado médico (onde esteja fundamentada a vinculação com a ocorrência anterior).

12 – O óbito, decorrente de evento ocupacional, ocorrido após a emissão da COF inicial ou da COF reabertura, será comunicado ao SESMT através da COF comunicação de óbito, constando a data do óbito e os dados relativos ao acidente inicial. Anexar a certidão de óbito e quando houver o laudo de necropsia.

13 – Preenchimento do formulário da COMUNICAÇÃO DE OCORRÊNCIA FUNCIONAL (COF) – ANEXO I:

Quadro I – DADOS DO SERVIDOR

Campo 3. Nome - informar o nome completo do servidor, sem abreviaturas.

Campo 4. Número Funcional – informar o número funcional do servidor.

Campo 5. Vínculo empregatício – informar se o servidor é CLT ou Estatutário.

Campo 6. Nome da mãe - informar o nome completo da mãe do acidentado, sem abreviaturas.

Campo 7. Data de Nascimento - informar a data completa de nascimento do servidor, utilizando a forma (DD/MM/AAAA).



Campo 8. Sexo - informar o sexo do servidor.

Campo 9. Estado Civil: informar se solteiro, casado, viúvo, separado judicialmente, outros e quando o estado civil for desconhecido informar ignorado.

Campo 10. Remuneração mensalmente - informar a remuneração mensal do servidor em moeda corrente na data do acidente.

Campos 11. 12. 13. Carteira Profissional informar o número, a série e a data de emissão da Carteira Profissional

Campo 14. UF - informar em qual estado do país em que a Carteira foi emitida.

Campos 15. 16. 17. Carteira de Identidade - informar o número do documento, a data de emissão e o órgão expedidor

Campo 18. UF - informar em qual estado do país em que a Carteira foi emitida.

Campo 19. PIS/PASEP/NIT - informar o Número de Inscrição do Trabalhador (NIT) ou número no Programa de Integração Social (PIS) ou no Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP), conforme o caso.

Campos 20. 21. Endereço: informar endereço atualizado do servidor, com o respectivo Código de Endereçamento Postal (CEP).

Campo 22. Município - informar o município de residência do servidor.

Campo 23. Telefone – informar o número de telefone da residência do servidor e do seu telefone móvel (celular) com DDD.

Campo 24. Emprego/Cargo - informar o nome da ocupação exercida pelo servidor à época do ocorrido ou da doença.

Quadro II – DADOS DO POSTO DE TRABALHO

Campo 25. Secretaria Municipal – informar qual a Secretaria Municipal que o servidor está vinculado.

Campo 26. Local de Trabalho - informar qual o Setor de trabalho;

Campo 27. Endereço - informar endereço do Setor de Trabalho, com o respectivo Código de Endereçamento Postal (CEP).

Campo 28. Telefone - informar o número de telefone do Setor de Trabalho.

Campo 29. Chefia imediata - informar o nome completo da chefia imediata.



Quadro III – DADOS DA OCORRÊNCIA

Campo 30. Data da Ocorrência - informar a data do ocorrido. No caso de doença, informar como data da conclusão do diagnóstico ou a do início da incapacidade laborativa, devendo ser consignada aquela que ocorrer primeiro. A data deverá ser completa. Exemplo: 09/05/2017.

Campo 31. Hora da Ocorrência - informar a hora do ocorrido, utilizando quatro dígitos (Exemplo: 10:45). No caso de doença, o campo deverá ficar em branco.

Campo 32. -Após quantas horas de trabalho - informar o número de horas decorridas desde o início da jornada de trabalho até o momento do acidente. No caso de doença, o campo deverá ficar em branco.

Campo 33. Houve afastamento - informar se houve ou não afastamento do trabalho.

Obs.: É importante ressaltar que a COF deverá ser emitida para toda ocorrência ou doença relacionados ao trabalho, ainda que não haja afastamento ou incapacidade.

Campo 34. Por quantos dias - apenas preencher no caso de constar (Sim) no Campo 33.

Campo 35. Local do acidente - assinalar o local onde ocorreu o acidente,

Campo 36. Especifique o local - informar de maneira clara e precisa o local onde ocorreu o acidente (Exemplo: pátio, rampa de acesso, posto de trabalho, nome da rua, etc.).

Campo 37. Parte(s) do corpo atingida(s) - para acidente do trabalho: deverá ser informada a parte do corpo diretamente atingida pelo agente causador, seja externa ou internamente; para doenças profissionais, do trabalho, ou equiparadas informar o órgão ou sistema lesionado.

Obs.: Deverá ser especificado o lado atingido (direito ou esquerdo), quando se tratar de parte do corpo que seja bilateral.

Campo 38. Agente causador - informar o agente diretamente relacionado a ocorrência, podendo ser mesa, colchão, máquina, equipamento ou ferramenta; ou produtos químicos, agentes físicos ou biológicos. Pode ainda ser consignada uma situação específica como queda, choque elétrico, atropelamento.

Campo 39. Descrição da situação geradora da ocorrência ou doença - descrever a situação ou a atividade de trabalho desenvolvida pelo servidor e por outros diretamente relacionados ao ocorrido. Tratando-se de acidente de trajeto, especificar o deslocamento e informar se o percurso foi ou não alterado ou interrompido por motivos alheios ao trabalho



Campo 40. Houve registro policial -informar se houve ou não registro policial. No caso de constar (SIM), deverá ser encaminhada cópia do documento ao SESMT, anexado a COF.

Campo 41. Houve morte - o campo deverá constar SIM sempre que tenha havido morte em tempo anterior ao do preenchimento da COF, independentemente de ter ocorrido na hora ou após o acidente.

Obs.: Quando houver morte decorrente do acidente ou doença, após a emissão da COF, o Setor deverá emitir NOVA COF para a comunicação de óbito. Neste caso, deverá ser anexada cópia da certidão de óbito.

Campo 42. Houve atendimento médico - informar se ocorreu atendimento médico, "sim" ou "não".

Campo 43. Unidade de atendimento médico - informar o nome do local onde foi prestado o atendimento médico.

Quadro IV – DADOS DAS TESTEMUNHAS

Campo 44. Nome - informar o nome completo da testemunha que tenha presenciado o ocorrido ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato, sem abreviaturas.

Campo 45. Telefone – informar o telefone da testemunha que tenha presenciado o ocorrido ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato. O número do telefone, deverá ser precedido do código DDD do município.

Campo 46. Endereço - informar o endereço completo da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato.

Campo 47. Município - informar o município de residência da testemunha que tenha presenciado o ocorrido ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato.

Campo 48. UF - informar a Unidade da Federação de residência da testemunha que tenha presenciado o ocorrido ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato.

Campo 49. Nome - informar o nome completo da testemunha que tenha presenciado o ocorrido ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato, sem abreviaturas.

Campo 50. Telefone - informar o telefone da testemunha que tenha presenciado o ocorrido ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato. O número do telefone, deverá ser precedido do código DDD do município.

Campo 51. Endereço - informar o endereço completo da testemunha que tenha presenciado o ocorrido



Prefeitura do Município de Piracicaba

Secretaria Municipal de Administração

Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

SESMT



ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato.

Campo 52. Município - informar o município de residência da testemunha que tenha presenciado o ocorrido ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato.

Campo 53. UF - informar a Unidade da Federação de residência da testemunha que tenha presenciado o ocorrido ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato.

Quadro V – DATA E LOCAL E DATA DE EMISSÃO DA COF.

Quadro VI – ASSINATURA E CARIMBO DO EMITENTE.

Quadro VII – CIÊNCIA DO SERVIDOR – não obrigatória.

Quadro VIII – CIÊNCIA DO NAA – ASSINATURA E CARIMBO.

Piracicaba, 09 de maio de 2017.

Rubens Cenci Motta

Coordenador Geral do SESMT



Prefeitura do Município de Piracicaba
Secretaria Municipal de Administração
Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SESMT



ANEXO I - COMUNICAÇÃO DE OCORRÊNCIA FUNCIONAL



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PIRACICABA
SESMT**

COMUNICAÇÃO DE OCORRÊNCIA FUNCIONAL - COF

Campo de uso exclusivo do SESMT

1 - COF Nº

2 - Data de recebimento:

____/____/____

I – DADOS DO SERVIDOR			
3-Nome	4-Número Funcional	5-Vínculo Empregatício	
6-Nome da Mãe			
7-Data Nascimento	8-Sexo	9-Estado Civil	10-Remuneração Mensal
11-Carteira Profissional Nº	12-Série	13-Data de Emissão	14-UF
15-Carteira de Identidade	16-Data de emissão	17-Órgão Expedidor	18-UF
19-PIS/PASEP/NIT			
20-Endereço		21-CEP	
22-Município		23-Telefone	
24-Emprego/Cargo			
II – DADOS DO POSTO DE TRABALHO			
25-Secretaria Municipal		26-Local de Trabalho	
27-Endereço	28-Telefone	29-Chefia imediata	
III – DADOS DA OCORRÊNCIA			
30-Data da Ocorrência	31-Hora da Ocorrência	32-Depois quantas horas de trabalho?	
33-Houve afastamento?		34-Depois quantos dias	
35-Local do acidente: no local de trabalho: em via pública() zona rural() outros()			
36-Especificação do local			
37-Parte(s) do corpo atingida(s)		38-Agente Causador	
39-Descrição da situação geradora da ocorrência ou doença			
40-Houve registro policial? (Se sim, juntar cópia. Em caso de acidente de trânsito é obrigatório juntar B.O.)			
41-Houve morte?	42-Houve atendimento médico?	43-Unidade de atendimento médico	
IV – DADOS DAS TESTEMUNHAS			
44-Nome		45-Telefone	
46-Endereço		47-Município	48-UF
49-Nome		50-Telefone	
51-Endereço		52-Município	53-UF
V - Local e data da emissão da COF			
Piracicaba, _____, _____, 20_____.			
VI - Assinatura e carimbo do emitente			
VII - Ciência do Servidor (assinatura)		VIII - Ciência do NAA (assinatura e carimbo)	