SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Centro de Qualidade de Vida

Doe 07/04/2022 – Seção II – pág. 03

COMUNICADO DPME Nº 11, DE 03/05/2022

A Diretora Técnica de Saúde III, do Departamento de Perícias Médicas do Estado – DPME, no uso das competências que lhe são atribuídas, comunica que estão disponíveis no sítio: http://planejamento.sp.gov.br/ - Perícia Médica - > Acidente de Trabalho, as orientações sobre as informações que devem obrigatoriamente constar de todo procedimento apuratório para fins de enquadramento de licença para tratamento de saúde em acidente de trabalho e doença profissional ou do trabalho, bem como para os casos de COVID.

- ✓ É necessário que a Unidade Administrativa do servidor acidentado encaminhe ao DPME o Processo de Acidente instaurado, via sistema SP Sem Papel, para a unidade **53164**, **conforme Comunicado DPME 031/2021**, contendo as seguintes informações:

1. Formulário para requerimento de enquadramento da licença para tratamento de saúde como decorrente de acidente de trabalho ou doença ocupacional, devidamente preenchido e assinado pelo servidor; (Anexo I)
2. Relatório médico referente ao ocorrido;
3. Formulário de Notificação de Acidente de Trabalho – NAT (Anexo II).

- ✓ Informações imprescindíveis para análise do processo pelo DPME:

1. Dia, hora e circunstâncias em que ocorreu o evento;
2. Horário de trabalho do servidor;
3. Freqüência do servidor no mês da referida ocorrência (com registro de entrada e de saída);
4. Oitiva de testemunhas;
5. Croqui constando local de residência, local de trabalho e local do acidente;
6. Boletim de ocorrência;
7. Exame de Corpo de Delito;

8. Rol de atividades;
9. Relatório médico do atendimento de urgência do dia do Acidente;
10. Atestados e Relatórios Médicos;
11. Cópia dos exames realizados em decorrência do acidente descrito;

Obs.: Quando se tratar de acidente biológico, devem constar ainda as providências adotadas e os exames sorológicos protocolares (da fonte e do servidor).

Processos em virtude de contaminação por COVID 19, vide Check List específico.

No despacho de encaminhamento do procedimento para constatação de acidente de trabalho/doença ocupacional ao DPME deverá constar **a data da publicação das licenças para tratamento de saúde para quais pretende-se o enquadramento como Acidente de Trabalho/Doença Profissional.**

Para a análise ao pedido de enquadramento da licença para tratamento de saúde em acidente de trabalho o DPME **poderá solicitar outros documentos** que sejam considerados necessários para sua decisão.

O servidor que necessitar manter-se em licença para tratamento de saúde em decorrência de acidente de trabalho ou de doença ocupacional, deve requerer o enquadramento das licenças subsequentes, conforme Anexo III (o requerimento deve ser anexado ao processo de acidente e tramitado ao DPME).

Salientamos que no caso das unidades que não possuem acesso ao sistema Sem Papel, os pedidos devem ser enviados pela email:

periciasacidentedetrabalho@sp.gov.br

Os demais serão devolvidos para a devida tramitação eletrônica.

Link de acesso ao DPME – Acidente de Trabalho:
http://www.planejamento.sp.gov.br/conteudo/apresentacaoTipoSeisConteudo.aspx?9uaVfyQKNukYgVJntZnMlvsBF6JW4A/0

ANEXO I

NOME:		
R.G:	**CPF:**	**NI:**
ENDEREÇO:		
BAIRRO:	**CIDADE:**	
ESTADO:	**CEP:**	
CARGO:		
SECRETARIA:		

À vista do acidente sofrido em / / , venho pelo presente requerimento solicitar a instauração de procedimento próprio para fins de comprovação de acidente de trabalho / doença profissional, nos termos do artigo 196 da Lei nº 10.261/68.

Atenciosamente,

, (local e data)

_____

Assinatura

ANEXO II

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ORÇAMENTO E GESTÃO
DEPARTAMENTO DE PERÍCIAS MÉDICAS DO ESTADO DE SÃO PAULO

DPME Departamento de Perícias Médicas do Estado de São Paulo

NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO – NAT

PROC. Nº: NAT. Nº:

DADOS DO ACIDENTE

Data do Acidente:

Jornada de Trabalho Das: Às: ☐ No Trabalho ☐ No Percurso

Dia da Semana:

Local do Acidente:

Horário do Acidente:

Posto de Trabalho:

DADOS DO ACIDENTADO

Nome: Data de Nasc:

Escolaridade: Sexo: Cor:

CPF: RG: NI:

Endereço:

Cidade: CEP: UF: TEL:

Cargo/Função: Data de Exercício:

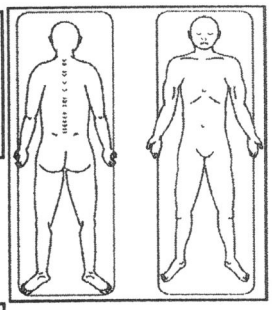
Secretaria: Unidade de Exercício:

DADOS DA TESTEMUNHA

Nome: RG: TEL:

Nome: RG: TEL:

DESCRIÇÃO RESUMIDA DO ACIDENTE



DESCRIÇÃO RESUMIDA DAS PARTES DO CORPO ATINGIDA

(Favor apontar na figura ao lado)

Partes do Corpo Atigindidas e/ou Problemas Mentais Decorrentes: CID:

Houve Afastamento? ☐ Sim ☐ Não Previsão de Afastamento:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES EM CASO DO ACIDENTE

1) Tipíco: ☐

2) Trajeto:

De Ida para o Local de Refeição ☐ Da Residência para o Trabalho ☐

De Volta do Local de Refeição ☐ Do Trabalho a Residência ☐

De Saída a Serviço durante o Expediente ☐ Outros ☐

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ORÇAMENTO E GESTÃO
DEPARTAMENTO DE PERÍCIAS MÉDICAS DO ESTADO DE SÃO PAULO

DPME
Departamento de Perícias Médicas do Estado de São Paulo

OCORRÊNCIA POLICIAL

Houve Registro de B.O? ☐ Não ☐ Sim Nº do Boletim de Ocorrência: ☐

Houve exame de Corpo de Delito? ☐ Não ☐ Sim

Horário de Saída do Local Assinalado no Item Anterior: ☐

Meio de Locomoção Usado ao Sair do Acidente: ☐

Houve Alteração ou Mudança no Percurso Habitual? ☐ Sim ☐ Não

Se Sim, por quê? ☐

DADOS DO SUPERIOR IMEDIATO

Nome: ☐ RG: ☐

Cargo/Função: ☐ Unidade de Exercício: ☐

Endereço Eletrônico: ☐ Telefone: ☐

Local: ☐ **Data:** ☐

ASSINATURA E CARIMBO DO SUPERIOR IMEDIATO

*Para que o evento danoso seja legalmente enquadrado como acidente de trabalho, deve ter ocorrido em função das atribuições funcionais do servidor, e em decorrência de: ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiros; ofensa física intencional, motivada por disputa relacionada ao serviço; ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiros; desabamento, inundação, incêndio ou outros casos fortuitos ou decorrentes de força maior, ainda que fora do local e horário de trabalho; execução de ordem ou realização de serviço determinado por autoridade superior, ainda que fora do local de trabalho; e ainda, quando ocorre no percurso entre a residência e o local de trabalho, qualquer que seja o meio de locomoção.

ANEXO III

ILUSTRÍSSIMO SENHOR DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE PERÍCIAS MEDICAS DO ESTADO

NOME:		
R.G:	**CPF:**	**NI:**
ENDEREÇO:		
BAIRRO:	**CIDADE:**	
ESTADO:	**CEP:**	
CARGO:		
SECRETARIA:		

Solicito o enquadramento da licença para tratamento de saúde concedida conforme despacho publicado no D.O.E. / / , como em decorrência de acidente de trabalho/ou doença profissional, nos termos do artigo 57 e seguintes do Decreto nº 29.180/88 .

Atenciosamente,

, 10 de maio de 2022.

_____

Assinatura

** Todos os campos são de preenchimento obrigatório*

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA ORÇAMENTO E GESTÃO
SUBSECRETARIA DE GESTÃO
Unidade Central de Recursos Humanos
Departamento de Perícias Médicas do Estado
Av. Prefeito Passos S/N – Glicério CEP 01517-020 – 11-3386-5001

DPME
Departamento de Perícias Médicas do Estado de São Paulo

CHECK-LIST COVID 19

1. **Documentos comprobatórios:**

    1. NAT – Notificação de Acidentes do Trabalho devidamente preenchida e assinada pela liderança, contendo, entre outros, data do afastamento do trabalho e período de afastamento.
    2. Relatório **ou** atestado medico contendo o diagnóstico literal **ou** CID.
    3. Detecção qualitativa (SARS-CoV 2) por PCR em material de secreção nasal/orofaringe **ou** copia de SARS-Cov 2 por anticorpos IgM e IgG em soro **ou** teste rápido para pesquisa de SARS-Cov 2.
    4. Laudo médico **ou** declaração do servidor onde constem informações sobre doenças pré-existentes **ou** comorbidades.
    5. **Secretaria de Administração Penitenciaria ou Secretaria de Segurança Pública**: relação de funcionários e ou sentenciados que tiveram diagnóstico **CONFIRMADO** de covid 19, dentro do período de **14 dias antes** do inicio dos sintomas com nomes/RGs e datas e respectivos períodos de afastamento. No caso de servidor, incluir o local de trabalho.
    6. **Secretaria da Educação**: relação de funcionários **ou** alunos com nomes/RGs e datas que tiveram diagnóstico **CONFIRMADO** de covid 19, dentro do período de **14 dias antes** do inicio dos sintomas com os respectivos períodos de afastamento e locais de trabalho.
    7. **Demais Secretarias / Autarquias**: relação de funcionários com nomes/RGs e datas que tiveram diagnóstico **CONFIRMADO** de covid 19, dentro do período de **14 dias antes** do inicio dos sintomas com os respectivos períodos de afastamento e locais de trabalho.
    8. Relação de residentes/contactantes com nomes/RGs e datas do mesmo domicilio que tiveram diagnóstico **CONFIRMADO** de covid 19, dentro do período de **14 dias antes** do inicio dos sintomas do servidor. (assinado pelo servidor)
    9. Cópia da folha de frequência dos **30 dias anteriores** ao início dos sintomas do servidor.
    10. Setor de Atuação. Especificar os procedimentos realizados pelo servidor no desempenho desta função.
    11. Servidor readaptado? Se positivo, qual a função como readaptado e há quanto tempo?.
    12. Especificar se o contato com portadores de COVID ocorre de forma direta, diária e frequente **ou** indireta.
    13. Declaração se possui outro vínculo com assinatura da chefia imediata, carimbada e com a especificação da função.
    14. Especificar se devido à pandemia houve realocação do servidor para outro local de trabalho. Se sim, desde que data, para qual local e por qual período?.
    15. Servidor tem atuado/atuou em teletrabalho? Se sim, por qual período?.