



**DECRETO Nº 30.743, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2021**

**LUIZ FERNANDO MACHADO**, Prefeito do Município de Jundiaí, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais, e face do que consta do Processo Administrativo nº 5.820-4/2019, -----

**CONSIDERANDO** que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, instituída pela Portaria MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, considera trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política; -----

**CONSIDERANDO** que o atendimento aos trabalhadores acidentados regidos pela CLT - Consolidação das Leis de Trabalho, nos locais de Pronto Atendimento, deve ser acompanhado do encaminhamento imediato da Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT, que deve ser preenchida pela empresa e entregue, no ato do atendimento, ao acidentado, de modo que o médico responsável pelo atendimento ou pela unidade possa preencher o Laudo Médico contido na CAT, em consonância com a Lei Federal nº 8.213, de 24 de julho de 1991; -----

**CONSIDERANDO** a necessidade de ampliar o entendimento de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção; -----

**CONSIDERANDO** a necessidade de assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS e que a atividade de trabalho realizada pelas pessoas, com as suas possíveis consequências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção em saúde; -----

**CONSIDERANDO** a necessidade de conhecer o perfil epidemiológico dos agravos e acidentes relacionados ao trabalho do Município e propor ações de prevenção de acidentes e das doenças ocupacionais, e tendo presente as orientações constantes da Nota Informativa nº 94, de 26 de



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

julho de 2019, do Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública, -----

**DECRETA:**

**Art. 1º** Fica instituída a obrigatoriedade de notificar todos os acidentes do trabalho atendidos nas unidades de saúde públicas ou privadas do Município, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), mediante o preenchimento da Ficha de Investigação.

§ 1º O preenchimento da Ficha de Investigação não desobriga a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), conforme previsto na legislação.

§ 2º O modelo da Ficha de Investigação integra este Decreto, conforme Anexo I.

§ 3º Por meio da Divisão de Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador e do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, poderão ser elaboradas alterações no referido formulário, ou introduzidos sistemas informatizados nas unidades de saúde da Rede de Atenção à Saúde que contemplem, minimamente, as informações epidemiológicas contidas no SINAN.

§ 4º Os Relatórios de Atendimento ao Acidentado do Trabalho (RAAT) já impressos e circulantes nos serviços de saúde, a partir da publicação deste Decreto, não serão mais aceitos.

**Art. 2º** A Ficha de Investigação do SINAN deverá ser preenchida em 2 (duas) vias, sendo que a via original será encaminhada ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), em até 24 (vinte e quatro) horas, e a segunda via deverá ser arquivada no órgão responsável pelo preenchimento.



## PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

§ 1º O preenchimento do SINAN para todos os acidentes de trabalho não desobriga a notificação dos Acidentes de Trabalho com Exposição a Material Biológico, Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho, Câncer Relacionado ao Trabalho, Dermatoses Ocupacionais, Pneumoconioses, Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR), Lesões e Síndromes que afetam o Sistema Músculo Esquelético (LER/DORT), Intoxicação Exógena Relacionada ao Trabalho, Acidente com animal peçonhento relacionado ao Trabalho e Violência Relacionada ao trabalho em ficha específica para cada agravo correspondente.

§ 2º Todos os campos do SINAN são de preenchimento obrigatório, inclusive o campo “Informações complementares e observações” - “Descrição sumária de como ocorreu o acidente/atividade/causas/condições/objeto/agentes que concorreram direta ou indiretamente para a ocorrência do acidente”, bem como tempo provável de afastamento, não devendo ficar campos em branco ou com letra ilegível.

**Art. 3º** As informações epidemiológicas extraídas do SINAN serão tornadas públicas e periodicamente apresentadas para as instâncias municipais de controle social, respeitando-se parâmetros éticos, de modo a não atingir pessoas ou organizações.

**Art. 4º** A Ficha de Investigação do SINAN não exclui a notificação dos agravos relacionados ao trabalho nos sistemas de informações de saúde vigentes e a emissão de relatórios e atestados médicos.

**Art. 5º** A equipe técnica do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, sempre que necessário, prestará a retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Art. 6º** O não cumprimento do disposto neste Decreto poderá configurar infração à Legislação Sanitária, no que couber, de acordo com a legislação aplicável à espécie.

**Art. 7º** As despesas públicas previstas na aplicação deste Decreto serão cobertas por verbas próprias do orçamento da Unidade de Gestão de Promoção da Saúde.

**Art. 8º** Fica revogado o Decreto Municipal nº 28.170, de 02 de maio de 2019.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

Art. 9º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

**LUIZ FERNANDO MACHADO**  
Prefeito Municipal

**TIAGO TEXERA**  
Gestor da Unidade de Promoção da Saúde

Registrado na Unidade de Gestão da Casa Civil do Município de Jundiaí, aos treze dias do mês de dezembro do ano de dois mil e vinte e um, e publicado na Imprensa Oficial do Município.

**GUSTAVO L. C. MARYSSAEL DE CAMPOS**  
Gestor da Unidade da Casa Civil

# Anexo I

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

**SINAN**  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO

Nº

**Definição de caso:** Todo caso de acidente de trabalho por causas não naturais compreendidas por acidentes e violências (Capítulo XX da CID-10 V01 a Y98), que ocorrem no ambiente de trabalho ou durante o exercício do trabalho quando o trabalhador estiver realizando atividades relacionadas à sua função, ou a serviço do empregador ou representando os interesses do mesmo (Típico) ou no percurso entre a residência e o trabalho (Trajeto) que provoca lesão corporal ou perturbação funcional, podendo causar a perda ou redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho e morte.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravo/doença <b>ACIDENTE DE TRABALHO</b>		Código (CID10) Y 96	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Acidente			
Notificação Individual	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe				
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito		
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código		
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		

## Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação				
	32 Situação no Mercado de Trabalho				
	01- Empregado registrado com carteira assinada		05 - Servidor público celetista		09 - Cooperativado
	02 - Empregado não registrado		06- Aposentado		99 - Ignorado
	03- Autônomo/ conta própria		07- Desempregado		10- Trabalhador avulso
	04- Servidor público estatutário		08 - Trabalho temporário		11- Empregador
	12- Outros				
33 Tempo de Trabalho na Ocupação 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano			34 Local Onde Ocorreu o Acidente 1- Instalações do contratante 3- Instalações de terceiros 9 - Ignorado 2 - Via pública 4- Domicílio próprio		
<b>Dados da Empresa Contratante</b>					
35 Registro/ CNPJ ou CPF			36 Nome da Empresa ou Empregador		
37 Atividade Econômica (CNAE)		38 UF	39 Município		Código (IBGE)
40 Distrito		41 Bairro		42 Endereço	
43 Número		44 Ponto de Referência		45 (DDD) Telefone	

<b>Antecedentes Epidemiológicos</b>	46 O Empregador é Empresa Terceirizada <input type="checkbox"/>
	1- Sim      2 - Não      3 - Não se aplica      9- Ignorado
	47 Se Empresa Terceirizada, Qual o CNAE da Empresa Principal
	48 CNPJ da Empresa Principal
49 Razão Social (Nome da Empresa)	

<b>Dados do Acidente</b>	50 Hora do Acidente	51 Horas Após o Início da Jornada
	H (hora)      M (minutos)	H (hora)      M (minutos)
	52 UF      53 Município de Ocorrência do Acidente      Código (IBGE)	54 Código da Causa do Acidente CID 10 (de V01 a Y98)
CID 10		
55 Tipo de Acidente <input type="checkbox"/>		56 Houve Outros Trabalhadores Atingidos <input type="checkbox"/>
1- Típico    2- Trajeto    9- Ignorado		1- Sim    2- Não    9- Ignorado
		57 Se Sim, Quantos

<b>Dados do Atendimento Médico</b>	58 Ocorreu Atendimento Médico? <input type="checkbox"/>		59 Data do Atendimento	60 UF
	1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado			
	61 Município do Atendimento	Código (IBGE)	62 Nome da U. S de Atendimento	Código
	63 Partes do Corpo Atingidas		64 Diagnóstico da Lesão	65 Regime de Tratamento
01- Olho    04- Tórax    07- Membro superior    10- Todo o corpo		CID 10	1- Hospitalar <input type="checkbox"/>	
02- Cabeça    05- Abdome    08-Membro inferior    11- Outro			2- Ambulatorial	
03- Pescoço    06- Mão    09- Pé    99- Ignorado			3- Ambos	
			9- Ignorado	

<b>Conclusão</b>	66 Evolução do Caso		
	1 - Cura	4- Incapacidade total permanente	7- Outro <input type="checkbox"/>
2 - Incapacidade temporária		5- Óbito por acidente de trabalho grave	9 - Ignorado
3- Incapacidade parcial permanente		6-Óbito por outras causas	
67 Se Óbito, Data do Óbito		68 Foi Emitida a Comunicação de Acidente no Trabalho - CAT	
		1 - Sim    2 - Não    3- Não se aplica    9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	

### Informações complementares e observações

Descrição sumária de como ocorreu o acidente/ atividade/ causas/ condições/ objeto/ agentes que concorreram direta ou indiretamente para a ocorrência do acidente

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Outras informações:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

<b>Investigador</b>	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura