



CÂMARA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS

Arquivo Público Vereador Ivan José Lopes

ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DE MONTES CLAROS

FLASH

8283

Presidente da Mesa Diretora: Valcir Soares da Silva

Espécie: Projeto de lei

Categoria: Retirados de pauta, rejeitados, prejudicados, sobrestados

Autoria: Alfredo Ramos Neto

Data: 18/10/2011

Descrição Sumária: PROJETO DE LEI Nº 176/2011. (RETIRADO). Dispõe sobre a notificação obrigatória de acidentes de trabalho, através do Relatório de Atendimento aos Acidentes do Trabalho – RAAT.

Controle Interno – Caixa: 27.6

Posição: 39

Número de folhas: 07

Esécie: Pl
Categoria: Pendente
Cl.: 27.6
Ordem: 39
Nº fls: 05



Câmara Municipal de Montes Claros

PROJETO DE LEI Nº 176/2011.

AUTOR:

Ver. Alfredo Ramos Neto

ASSUNTO:

Dispõe sobre a Notificação Obrigatória de Acidentes do Trabalho
Através do Relatório de Atendimento aos Acidentados do Trabalho - RAAT.

Entrada em 18/10/2011
MOVIMENTO
Comissão Legislação e Justiça

- 1 - RETIRADO DE TRAMITAÇÃO -
- 2 - 27.10.2011
- 3 -
- 4 -
- 5 -
- 6 -
- 7 -
- 8 -
- 9 -
- 10 -

*AS Comissões
18/10/2011*

Câmara Municipal de Montes Claros



Vereador

Alfredo

Ramos

Mandato de Qualidade

PROJETO DE LEI N° 176 /2011

"Dispõe sobre a notificação obrigatória de acidentes do trabalho através do Relatório de Atendimento aos Acidentados do Trabalho – RAAT"

A Câmara Municipal de Montes Claros – MG aprovou e eu, Prefeito Municipal, em seu nome, sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - Fica criado no município de Montes Claros – MG o Relatório de Atendimento ao Acidentado do Trabalho –RAAT, que será preenchido em uma única via e entregue, periodicamente, no prazo máximo de 15 dias, no Centro de Referência Regional de Saúde do Trabalhador - CEREST.

Art.2º - O formulário – RAAT será confeccionado conforme modelos anexos (I e II), que fica fazendo parte integrante desta Lei.

Parágrafo único - Por meio de concordância expressa do CEREST, poderão ser elaboradas alterações no referido formulário ou introduzidos sistemas informatizados nas unidades de Pronto Atendimento, que contemplem, minimamente, as informações epidemiológicas contidas no RAAT.

Art.3º- Nos casos de acidentes graves ou fatais do trabalho, a unidade de Pronto Atendimento deverá encaminhar, por fax ou via protocolo, uma cópia do RAAT para o CEREST, no prazo máximo de 12(doze) horas, a contar da entrada do trabalhador na unidade de atendimento.

Art.4º - De posse das informações contidas no RAAT, o CEREST realizará o processamento das informações e promoverá, de modo articulado com a sociedade local e outras instituições, ações e programas preventivos e de promoção da saúde do trabalhador.

Art.5º- As informações epidemiológicas extraídas dos RAAT's serão tornadas públicas através de boletins e matérias em órgãos de divulgação, respeitando-se parâmetros éticos, de modo a não atingir pessoas ou organizações.



X

Art.6º - O não cumprimento do disposto no presente instrumento será considerado infração à Legislação Sanitária e implicará em sanções ao infrator, cabendo à Secretaria Municipal de Saúde, através do Setor de Vigilância Sanitária, a aplicação das penalidades previstas na Lei Estadual nº10.083/98 e Lei Complementar nº069, de 20 de dezembro de 1996, alterada pela Lei Complementar nº112, de 18 de outubro de 1999 e regulamentada pelo Decreto nº7.493, de 25 de fevereiro de 1997, podendo haver o descredenciamento da unidade para atendimento através do SUS.

Art. 7º - As despesas públicas previstas na aplicação do presente instrumento serão cobertas por verbas próprias do orçamento da Secretaria Municipal de Saúde e da Vigilância Sanitária Municipal.

Art. 8º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala de Reuniões da Câmara Municipal – 18/10/2011



**Alfredo Ramos Neto
Vereador**



Câmara Municipal de Montes Claros



Vereador

Alfredo ★
Ramos
Mandato de Qualidade

Justificativa

Este Projeto de Lei dispõe sobre os procedimentos técnicos para notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinelas específicas, no SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS, nos termos da Portaria MS nº 777, de 28 de Abril de 2004. Esta notificação deve ser feita através do Relatório de Atendimento ao Acidentado do Trabalho – RAAT. Ele deve ser preenchido a partir da resposta positiva à seguinte pergunta básica: **O que você estava fazendo quando ocorreu o acidente? Estava trabalhando? Caso a resposta seja positiva, deve ser notificado o acidente através do RAAT.** O relatório tem cobertura universal, ou seja, ele deve cobrir o conjunto dos trabalhadores, independentes do vínculo de emprego, englobando os trabalhadores com carteira assinada, os trabalhadores autônomos, o emprego doméstico, o trabalho avulso e o funcionário público. O RAAT é parte do Sistema de Vigilância em Acidentes do Trabalho – SIVAT que além de possibilitar um banco de dados sobre as ocorrências de acidente, é a base para a realização de vigilância aos locais de trabalho, visando a implantação de medidas corretivas e preventivas para evitar novas ocorrências.

Para os trabalhadores que tem carteira assinada pela CLT, o atendimento ao acidentado deve ser acompanhado do encaminhamento imediato da Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT), preenchida pela empresa (Lei 8213/1991).



Alfredo Ramos Neto
Vereador

ANEXO I

Centro de Referência de Atendimento ao Acidentado do Trabalho
RAAT - Relatório de Atendimento ao Acidentado do Trabalho
SIVAT - Sistema de Vigilância de Acidentes de Trabalho

ATENDIMENTO

UNIDADE: _____ DATA: ___ / ___ / ___ HORA: ___ : ___
ATENDENTE: _____ EMITIDA CAT: S N Nº: _____

PACIENTE

NOME: _____
DATA NASC: ___ / ___ / ___ SEXO: M F NOME DA MÃE: _____
END: _____ Nº: _____ BAIRRO: _____ CIDADE: _____
CEP: _____ FONE: _____ OCUPAÇÃO: _____
REGIME TRABALHO: CLT AUTÔNOMO FUNCIONÁRIO PÚBLICO OUTRO
EMPRESA: _____ RAMO: _____
END. EMPRESA: _____ FONE: _____

ACIDENTE:

DATA: ___ / ___ / ___ HORA: ___ : ___ TÍPICO TRAJETO DOENÇA OCUPACIONAL
LOCAL DO ACIDENTE: _____ MUNICÍPIO DO ACIDENTE: _____
DESCRIÇÃO RESUMIDA: _____
CAUSA(S):

<input type="checkbox"/> VEÍCULO DE TRASNPORTE	<input type="checkbox"/> EXPLOSÃO/INCÊNDIO / FOGO	<input type="checkbox"/> AGENTES QUÍMICOS / BIOLÓGICOS
<input type="checkbox"/> QUEDA DE ALTURA	<input type="checkbox"/> MÁQUINAS / EQUIPAMENTOS	<input type="checkbox"/> AGENTES FÍSICOS (CALOR, RUÍDO, RADIAÇÃO, ETC)
<input type="checkbox"/> QUEDA DE OBJETOS	<input type="checkbox"/> CORRENTE ELÉTRICA	<input type="checkbox"/> ANIMAIS / PLANTAS VENENOSAS
<input type="checkbox"/> ESFORÇO / PESO	<input type="checkbox"/> SUBSTÂNCIAS QUENTES	<input type="checkbox"/> OUTROS

DETALHAR: _____

PARECER MÉDICO

PARTES CORPO ATINGIDAS:

<input type="checkbox"/> CABEÇA	<input type="checkbox"/> OLHO	<input type="checkbox"/> TÓRAX	<input type="checkbox"/> COSTAS	<input type="checkbox"/> MÃO	<input type="checkbox"/> MEMBROS SUPERIORES
<input type="checkbox"/> PESCOÇO	<input type="checkbox"/> CORPO TODO	<input type="checkbox"/> ABDÔMEN	<input type="checkbox"/> COLUNA	<input type="checkbox"/> PÉ	<input type="checkbox"/> MEMBROS INFERIOR
<input type="checkbox"/> OUTROS					

DIAGNÓSTICO

<input type="checkbox"/> FCC	<input type="checkbox"/> ENTORSE	<input type="checkbox"/> AMPUTAÇÃO	<input type="checkbox"/> ESMAGAMENTO	<input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO
<input type="checkbox"/> CONTUSÃO	<input type="checkbox"/> FRATURA	<input type="checkbox"/> DIST. RESP.	<input type="checkbox"/> LESÃO MEDULAR	<input type="checkbox"/> QUEIMADURA
<input type="checkbox"/> POLITRAUMATISMO	<input type="checkbox"/> TCE	<input type="checkbox"/> TRAUMA VISCERAL	<input type="checkbox"/> INFECÇÃO	<input type="checkbox"/> LER/DORT
<input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO / ENVENENAMENTO				
<input type="checkbox"/> OUTROS				

DETALHAR: _____

CLASSIFICAÇÃO INICIAL:

LEVE
 MODERADO
 GRAVE
 FATAL

AFASTAMENTO PREVISTO:

SEM AFASTAMENTO
 1 A 15 DIAS
 15 A 30 DIAS
 + DE 30 DIAS

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

(uso interno)

ANEXO II

Introdução de Preenchimento

ATENDIMENTO

Unidade: nome da unidade onde o acidentado está sendo atendido.

Data e hora do atendimento.

Atendente: Nome do atendente (quem está preenchendo a ficha).

EMITIDA CAT: informar se foi ou não emitida a CAT pela empresa, e o seu número no caso afirmativo.

PACIENTE

Trata basicamente das informações pessoais do acidentado e da empresa. O endereço e o telefone da empresa são básicos para a ação de vigilância.

O regime de trabalho do empregado identifica o tipo de vínculo (CLT, Autônomo ou funcionalismo público). Atualmente só são registrados com a CAT, os acidentes com trabalhadores cobertos pela CLT. O RAAT portanto é o único registro dos acidentes ocorridos com os demais trabalhadores. Estima-se hoje que 60% dos trabalhadores não têm carteira assinada CLT.

ACIDENTE

Trata-se de informações importantes sobre a data, local e hora da ocorrência do acidente. Informar também o tipo de acidente:

Típico é o acidente ocorrido na atividade de trabalho do trabalhador. Por exemplo um carteiro é mordido por um cachorro – acidente típico; um metalúrgico tem um dedo cortado em uma prensa.

Trajeto é o que ocorre quando o trabalhador se desloca de casa para o trabalho ou do trabalho para casa (em horário e roteiro habitual).

Doença ocupacional são as doenças ocasionadas ou agravadas pela ocupação. Exemplo: LER/DORT (Lesão por esforços repetitivos, ou Doenças Ósteo-musculares relacionadas ao Trabalho).

Local: endereço do local do acidente. Se o mesmo ocorreu na empresa ou na residência do acidentado, pode ser referido empresa ou residência DESDE QUE ESSE ENDEREÇO SEJA INFORMADO NOS CAMPOS APROPRIADOS. Se for acidente de trajeto, deve ser informado o endereço completo do local do acidente.

Descrição resumida: Descreva sucintamente o acidente. Exemplo. Ao descer de uma escada escorregou com um pacote de peças que estava segurando. O piso estava escorregadio e com pouca iluminação.

Assinale as causas identificadas e especifique a máquina/ equipamento ou situação que gerou a lesão no campo DETALHAR.

PARECER MÉDICO

Reservado para preenchimento pelo médico que fez o atendimento. O médico deve assinalar com as partes do corpo atingidas, o diagnóstico, a classificação por gravidade e o tempo previsto de afastamento. No campo DETALHAR complementarmente informações para elucidar o diagnóstico.