



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

FICHA DE REGISTRO DE ACIDENTE DE TRABALHO SERVIDOR EFETIVO - FRAT

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

CAMPO 1 - TIPO DE FRAT: Informar o tipo de FRAT, sendo:

- Inicial: refere-se ao primeiro registro de acidente ou doença do trabalho;
- Reabertura: quando houver reinício de tratamento ou afastamento por agravamento da lesão (acidente ou doença do trabalho comunicado anteriormente à Gerência Central de Saúde e Segurança do Servidor);
- Comunicação de Óbito: refere-se à comunicação do óbito, em decorrência de acidente de trabalho, ocorrido após a emissão da FRAT inicial. Deverá ser anexada cópia da Certidão de Óbito e, quando houver, do laudo de necropsia.

Obs.: Os acidentes com morte imediata deverão ser registrados por FRAT inicial.

CAMPO 2 - RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES: Informar a pessoa responsável pelo registro da FRAT, sendo:

- SESMT Público: Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho do Servidor Público do órgão em que o servidor trabalha;
- Chefia Imediata: Diretor, Gerente, Supervisor ou qualquer outra pessoa que tenha cargo de chefia perante o servidor acidentado ou acometido de doença do trabalho;
- GGP: Gerência de Gestão de Pessoas do órgão em que o servidor trabalha.

DADOS DO(A) SERVIDOR(A):

CAMPO 3 - NOME: Informar o nome completo do servidor acidentado, sem abreviaturas;

CAMPO 4 - DATA DE NASCIMENTO: Informar a data completa de nascimento do servidor acidentado, utilizando a forma (DD/MM/AAAA);

CAMPO 5 - SEXO: Informar o sexo do servidor acidentado;

CAMPO 6 - CPF: Informar o número do CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) do servidor acidentado;

CAMPO 7 - RG: Informar o número do RG (Registro Geral / Carteira de Identidade) do servidor acidentado;

CAMPO 8 - ÓRGÃO EXPEDIDOR: Informar o nome do órgão expedidor do RG;

CAMPO 9 - DATA DE EXPEDIÇÃO: Informar a data em que o RG foi expedido, utilizando a forma (DD/MM/AAAA);

CAMPO 10 - ENDEREÇO: Informar o endereço completo do servidor acidentado (Rua/Avenida, Quadra, Lote, Número);

CAMPO 11 - SETOR: Informar o setor/bairro onde o servidor acidentado reside;

CAMPO 12 - CEP: Informar o número do CEP (Código de Endereçamento Postal) da rua onde o servidor acidentado reside;

CAMPO 13 - Município: Informar o município de residência do servidor acidentado;

CAMPO 14 - UF: Informar a Unidade de Federação de residência do servidor acidentado;

CAMPO 15 - Fone: Informar o número de telefone do servidor acidentado, incluindo o código de DDD do município;

CAMPO 16 - Lotação: Informar o órgão onde o servidor acidentado está lotado;

CAMPO 17 - CNPJ: Informar o número do CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica) do órgão onde o servidor acidentado está lotado;

CAMPO 18 - Cargo: Informar o cargo do servidor acidentado;

CAMPO 19 - Função Exercida: Informar a função que o servidor acidentado exerce;



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

CAMPO 20 - Local de Trabalho: Informar o local /Unidade onde o servidor acidentado trabalha;

CAMPO 21 - Município de Trabalho: Informar o município onde o servidor acidentado trabalha;

CAMPO 22 - UF: Informar a Unidade de Federação onde o servidor acidentado trabalha;

CAMPO 23 - Horário de Trabalho do Servidor: Informar o horário de trabalho do servidor, incluído o horário de intervalo. A cópia da folha ou registro de ponto do servidor, devidamente assinada e carimbada pela Chefia Imediata, deverá ser anexada à FRAT;

CAMPO 24 - Realizava horas extras (?): Informar se no dia do acidente o servidor realizou hora extra;

ACIDENTE OU DOENÇA:

CAMPO 25 - Tipo de Acidente: Informar o tipo de acidente ocorrido, sendo:

- Acidente Típico: ocorrido no local de trabalho durante o exercício da função, ou pelo exercício do trabalho a serviço do órgão, ainda que fora do ambiente de trabalho;
- Acidente de Trajeto: ocorrido durante o percurso da residência para o local de trabalho ou vice-versa;
- Doença: equipara-se ao acidente de trabalho a doença profissional (assim entendida a doença produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da relação elaborada pelo MTE) e a doença do trabalho (assim entendida a doença adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente).

CAMPO 26 - Houve Lesão (?): Informar se o servidor acidentado sofreu alguma lesão física em decorrência do acidente;

CAMPO 27 - Houve Morte (?): Informar se o acidente ocorrido ocasionou a morte do servidor;

Obs.: Quando houver morte decorrente do acidente ou doença, após a emissão da FRAT Inicial, deverá ser emitida FRAT para a Comunicação de Óbito. Neste caso, deverá ser anexada cópia da certidão de óbito.

CAMPO 28 - Data do Registro: Informar a data em que o acidente foi registrado, utilizando a forma (DD/MM/AAAA);

Obs.: Importante ressaltar que o prazo legal para o registro do acidente é de 8 (oito) dias, conforme Art. 225 § 2º da Lei 10.460/88.

CAMPO 29 - Data do Acidente: Informar a data em que o acidente ocorreu, utilizando a forma (DD/MM/AAAA);

CAMPO 30 - Hora do Acidente: Informar a hora em que o acidente ocorreu;

CAMPO 31 - LOCAL DO ACIDENTE: Informar de maneira clara e precisa o local onde ocorreu o acidente (Ex.: pátio, rampa de acesso, sala, corredor, etc);

CAMPO 32 - Município do Acidente: Informar o nome do município onde ocorreu o acidente;

CAMPO 33 - UF: Informar a Unidade de Federação onde ocorreu o acidente;

CAMPO 34 - Último dia trabalhado: Informar a data do último dia em que efetivamente houve trabalho do acidentado, ainda que a jornada não tenha sido completa, utilizando a forma (DD/MM/AAAA);

CAMPO 35 - Houve afastamento do trabalho (?): Informar se o servidor acidentado necessita ou não se afastar do trabalho.

Obs.: Importante ressaltar que o preenchimento da FRAT é obrigatório para todo acidente ou doença relacionados ao trabalho, ainda que não haja afastamento ou incapacidade.



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

CAMPO 36 - Boletim de Ocorrência: Em caso de acidente de trajeto é obrigatória a apresentação da cópia do Boletim de Ocorrência, que deverá ser anexada junto à FRAT. Caso o Boletim de Ocorrência não tenha sido registrado no momento do acidente, o servidor deverá registrar uma ocorrência em uma Delegacia de Polícia, narrando o fato ocorrido.

CAMPO 37 - Agente causador do acidente ou doença: Informar o agente diretamente relacionado ao acidente (Ex.: Máquina, equipamento ou ferramenta, tais como prensa, esmeril, martelo, dentre outros; Situações específicas como queda, atropelamento, choque elétrico, etc.);

CAMPO 38 - Parte do corpo atingida:

- Acidente do Trabalho: Informar a parte do corpo diretamente atingida pelo agente causador;
- Doença do Trabalho, Profissional ou equiparadas: Informar o órgão ou sistema lesionado;

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

CAMPO 39 - Descrição da situação Geradora do Acidente ou Doença: Descrever a situação ou a atividade desenvolvida pelo servidor no momento do acidente. Em caso de acidente de trajeto, especificar o deslocamento e informar se o percurso foi ou não alterado ou interrompido por motivos alheios ao trabalho. No caso de doença, descrever a atividade de trabalho, o ambiente ou as condições em que o trabalho era realizado;

TESTEMUNHA E RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES E PELO PREENCHIMENTO:

CAMPO 40 - Testemunha: Informar o nome completo da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato, sem abreviaturas;

CAMPO 41 - Telefone Comercial: Informar o número do telefone comercial da testemunha, incluído o código de DDD do município;

CAMPO 42 - Nome e assinatura do Responsável pelas Informações: Informar o nome da pessoa responsável pelas informações dadas para preenchimento da FRAT e colher sua assinatura;

CAMPO 43 - Responsável pelo Preenchimento: Informar o nome completo da pessoa responsável pelo preenchimento da FRAT, sem abreviaturas;

CAMPO 44 - Telefone Comercial: Informar o número do telefone comercial da pessoa responsável pelo registro, incluído o código de DDD do município;

CAMPO 45 - Assinatura e Carimbo do Emitente: A pessoa responsável pelo preenchimento da FRAT deverá assinar e carimbar esse campo;

ATESTADO MÉDICO:

CAMPO 46 - Unidade de Atendimento Médico: Informar o nome do local onde foi prestado o atendimento médico;

CAMPO 47 - Data de Atendimento: Informar a data de atendimento, utilizando a forma (DD/MM/AAAA);

CAMPO 48 - Horário: Informar a hora do atendimento;

CAMPO 49 - Diagnóstico Provável: Informar, de forma objetiva, o diagnóstico (Ex.: Entorse tornozelo direito);

CAMPO 50 - CID 10: Classificar conforme a Classificação Internacional de Doenças - CID 10;

CAMPO 51 - Descrição da Lesão: Fazer relato claro e sucinto, informando a natureza, tipo de lesão e/ou quadro clínico da doença, citando a parte do corpo atingida, sistema ou aparelhos;

CAMPO 52 - Houve internação hospitalar (?): Informar se ocorreu internação do servidor acidentado;



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

CAMPO 53 - Duração provável do tratamento: Informar o período provável do tratamento;

CAMPO 54 - Haverá necessidade de afastamento do trabalho (?): Informar se há necessidade do servidor acidentado afastar-se de suas atividades laborais;

CAMPO 55 - Tratamento prescrito: Informar o tipo de tratamento prescrito ao servidor acidentado (Ex.: cirurgia, etc);

CAMPO 56 - Local e Data: Informar o local e data do atendimento médico;

CAMPO 57 - Assinatura e Carimbo do Médico (CRM): O médico que realizou o atendimento ao servidor acidentado deverá assinar e carimbar a FRAT (no carimbo deverá constar o número do CRM - Conselho Regional de Medicina).

GERÊNCIA CENTRAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR:

Campos de preenchimento exclusivo da Gerência Central de Saúde e Segurança do Servidor:

CAMPO 58 - Data de Recebimento: Informar a data em que a FRAT foi recebida, utilizando o formato DD/MM/AAAA;

CAMPO 59 - Assinatura do Servidor Supervisão Técnica: Assinatura do servidor pertencente à Supervisão Técnica, responsável pela conferência do preenchimento da FRAT.

PARECER MÉDICO GERÊNCIA CENTRAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR:

CAMPO 60 - Data da Perícia: Informar a data em que o servidor foi periciado, utilizando o formato DD/MM/AAAA;

CAMPO 61 - Parecer Médico GERÊNCIA CENTRAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR: O médico da Gerência Central de Saúde e Segurança do Servidor que realizou a perícia no servidor acidentado, deverá responder a seguinte pergunta: há nexos entre a lesão / patologia apresentada e o acidente / doença?

CAMPO 62 - Carimbo e Assinatura do Médico GERÊNCIA CENTRAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR: O médico da Gerência Central de Saúde e Segurança do Servidor que realizou a perícia no servidor acidentado, deverá assinar e carimbar a FRAT (no carimbo deverá constar o número do CRM - Conselho Regional de Medicina).