



**NORMA DE PROCEDIMENTO – IPAJM Nº 014**

<b>Tema:</b>	Análise dos processos relacionados à acidente em serviço e à doença ocupacional		
<b>Emitente:</b>	Instituto de Previdência dos Servidores do Estado do ES – IPAJM		
<b>Sistema:</b>	Não aplicável		<b>Código:</b> N/A
<b>Versão:</b> 1	<b>Aprovação:</b> Portaria nº 021-R	<b>Vigência:</b>	30/04/2018

**1. OBJETIVOS**

- 1.1 Definir as normas internas para a avaliação de requerimentos relacionados à acidente em serviço e à doença ocupacional.

**2. ABRANGÊNCIA**

- 2.1 Órgãos da Administração Direta e entidades da Administração Indireta do Poder Executivo Estadual, exceto as empresas públicas e as sociedades de economia mista;
- 2.2 Órgãos e entidades estaduais dos Poderes Legislativo e Judiciário;
- 2.3 Defensoria Pública (DPES), Ministério Público (MPES) e Tribunal de Contas (TCEES).

**3. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL**

- 3.1 Lei Complementar nº 46, de 31 de janeiro de 1994 e suas alterações, artigos 133, 134 e 136;
- 3.2 Decreto nº 4.307-N, de 27 julho de 1998;
- 3.3 Decreto nº 2297-R, de 15 de julho de 2009;
- 3.4 Portaria nº 041-R, de 10 de maio de 2011;
- 3.5 Portaria nº 005-R, de 16 de janeiro de 2012.

**4. DEFINIÇÕES**

- 4.1 **Comissão Especial para Análise de Acidente em Serviço e Doença Ocupacional - CEAASDO** – composta de 02 (dois) médicos peritos, 01(um) assistente social e 01 (um) servidor administrativo, designados pelo IPAJM, tendo ainda a participação de um médico perito especialista de acordo com o caso em análise;
- 4.2 **Incapacidade Laborativa** – impossibilidade da pessoa desempenhar atividade laborativa em consequência de alterações de sua saúde física e mental provocadas por doença ou acidente, podendo ser temporária ou permanente. A existência de doença e lesão, por si só, não significa incapacidade.



- 4.3 **Acidente em serviço** - o dano físico ou mental sofrido pelo servidor público que se relacione mediata ou imediatamente com o exercício das atribuições inerentes ao cargo, provocando uma das seguintes situações: lesão corporal, perturbação física que possa vir a causar a morte e/ou perda ou redução permanente ou temporária da capacidade para o trabalho.
- 4.4 **Doença Ocupacional** - Entende-se por doença profissional aquela que possa ser considerada consequente as condições inerentes ao serviço ou a fatos nele ocorridos, devendo o laudo médico estabelecer-lhe a rigorosa caracterização.
- 4.5 **Nexo Causal** – É o vínculo, a ligação ou relação de causa e efeito entre a conduta do agente e o resultado por ele produzido. É necessário a comprovação de que houve dano efetivo, imotivado por ação voluntária, negligência ou imprudência daquele que a causou;
- 4.6 **Nexo Concausal** – é outra causa que se junta à principal, concorre com o resultado. A concausa não inicia e nem interrompe o nexo, apenas o reforça.

---

---

## 5 UNIDADES FUNCIONAIS ENVOLVIDAS

---

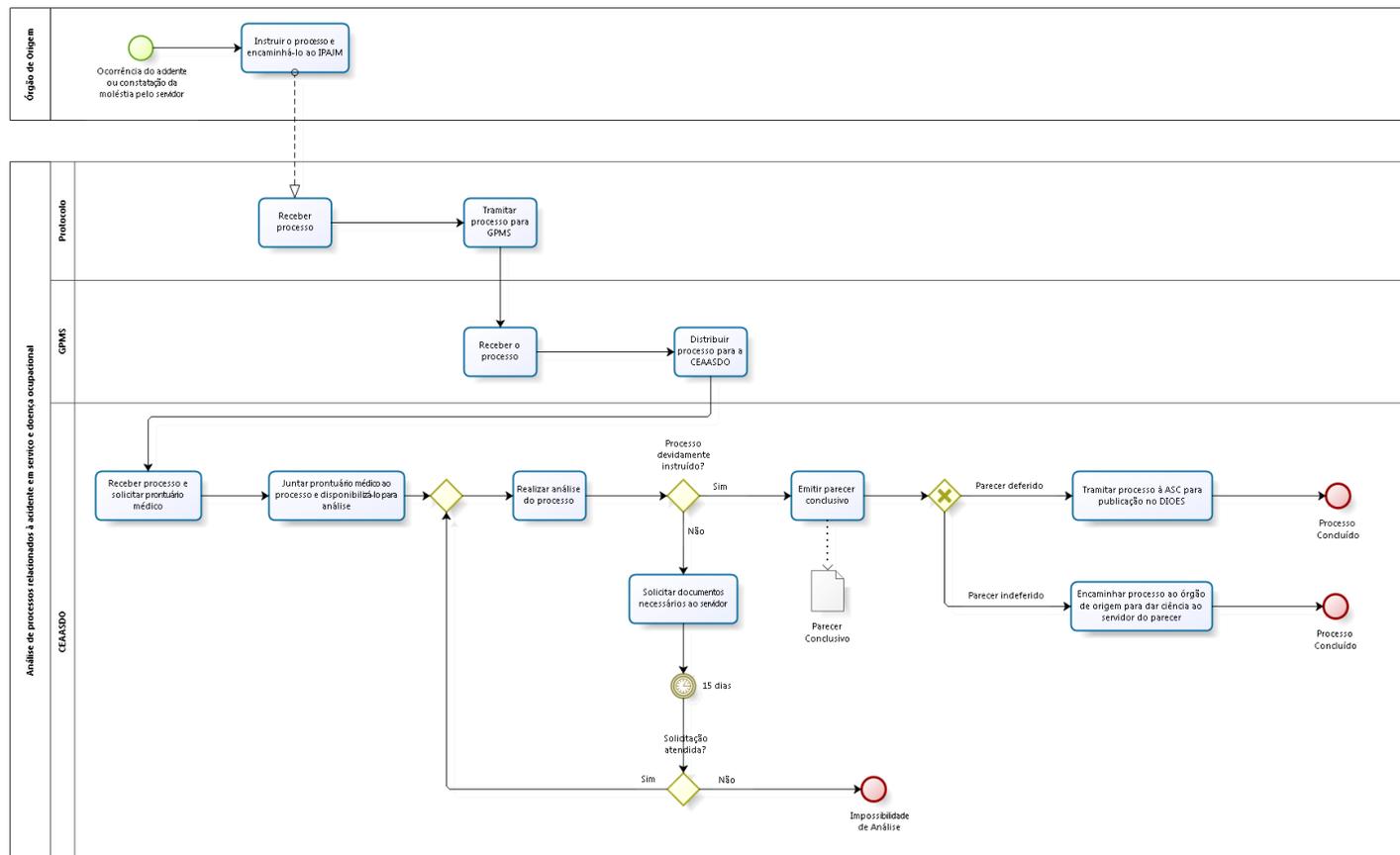
---

- 5.1 Órgãos de origem e entidades demandantes do Estado do Espírito Santo;
- 5.2 Protocolo IPAJM;
- 5.3 Gerência de Perícia Médica e Social (GPMS);
- 5.4 Comissão Especial de Análise de Acidente em Serviço e Doença Ocupacional (CEAASDO);
- 5.5 Diretoria Técnica (DT).



## 6 PROCEDIMENTOS

6.1 Na análise dos processos encaminhados à CEAASDO, faz-se necessário observar o fluxograma abaixo:





---

---

## **7 INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

---

---

7.1 Na instrução do processo de acidente em serviço são necessários os seguintes documentos:

- Preenchimento do Formulário de Comunicado de Acidente de Serviço, constando o relato do acidentado e das testemunhas qualificadas;
- Cópia Laudo médico do local de trabalho (se houver);
- Cópia Boletim de atendimento de urgência (se houver);
- Cópia Boletim de ocorrência de acidente de trânsito (se for o caso);
- Cópia de exames laboratoriais e de imagens;
- Cópia da frequência do mês da ocorrência;
- Cópia do documento pessoal de identificação.

7.2 Na instrução do processo de caracterização de doença ocupacional são necessários os seguintes documentos:

- Preenchimento do Formulário do Pedido de Caracterização de Doença Ocupacional, constando o relato do servidor com a descrição das atividades desenvolvidas;
- Cópia de laudos médicos, exames laboratoriais e de imagens;
- Cópia de demais documentos esclarecedores;
- Cópia do documento pessoal de identificação.

7.3 Havendo necessidade de maiores informações acerca das circunstâncias do acidente ou da doença apresentada, o servidor deverá comparecer à CEAASDO para prestar tais esclarecimentos por meio de entrevista;

7.4 Havendo a discordância do parecer conclusivo por parte do servidor, o mesmo poderá requerer a reavaliação a qual será realizada pela própria CEAASDO. E caso persista a discordância após a primeira reavaliação, o servidor poderá requerer novamente a reavaliação do seu processo, que será realizada pela Diretoria Técnica.

---

---

## **8 ANEXOS**

---

---

8.1 ANEXO I – FORMULÁRIO DE COMUNICADO DE ACIDENTE EM SERVIÇO

8.2 ANEXO II – FORMULÁRIO DE PEDIDO DE CARACTERIZAÇÃO DE DOENÇA OCUPACIONAL

8.3 ANEXO III – MODELO PARECER CONCLUSIVO



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS**  
**SERVIDORES DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**IPAJM**



---

---

**9 ASSINATURAS**

---

---

<b>EQUIPE DE ELABORAÇÃO:</b>	
Nailane Campos de Oliveira Analista Previdenciário	Sônia Luiz Zortea Assistente Social Previdenciário
Elaborado em 23/04/2018	
<b>APROVAÇÃO:</b>	
Fátima Sueli dos Santos Ribeiro Gerente GPMS	Mariana do Nascimento G. de Freitas Diretora Técnica
Anckimar Pratissolli Presidente Executivo	Aprovado em 26/04/2018





GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS  
SERVIDORES DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
IPAJM



RELATO DAS TESTEMUNHAS	
Nome da testemunha nº 1	
Endereço (completo):	
Doc. de identidade:	Órgão Expedidor:
Telefone:	Repartição do trabalhador:
Relato:	
Local e data	Assinatura da Testemunha
Nome da testemunha nº 2	
Endereço:	
Doc. De identidade:	Órgão Expedidor:
Telefone:	Repartição do trabalhador:
Relato:	
Local e data	Assinatura da Testemunha



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS  
SERVIDORES DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
IPAJM



Nome da testemunha nº 3	
Endereço:	
Doc. De Identidade:	Órgão Expedidor:
Telefone:	Repartição do trabalhador:
Relato:	
Local e data	Assinatura da Testemunha

**Nota:** O Chefe Imediato deverá preencher esta comunicação, assinar e dar entrada no protocolo do órgão de origem, no prazo de até 8 dias, contados a partir da ocorrência, juntamente com os documentos previstos no Manual da Perícia Médica. **Obs.:** Em caso de acidente de percurso documentar e detalhar o trajeto.

<p><b>Relato detalhado do Médico do Trabalho (quando houver)</b></p> <p>- Descrever o fato e o estado geral do paciente acidentado, mencionando as lesões e conseqüências que poderão advir do acidente e necessidades subseqüentes de cirurgias e/ou similares se for o caso.</p>
--



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS  
SERVIDORES DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
IPAJM



ANEXO II – FORMULÁRIO DE PEDIDO DE CARACTERIZAÇÃO DE DOENÇA  
OCUPACIONAL

**ANEXO VIII**

	<b>Governo do Estado do Espírito Santo</b> <b>Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado do Espírito Santo – IPAJM</b> <b>Subgerência de Assistência Social e Perícia Médica</b> <b>PEDIDO DE CARACTERIZAÇÃO DE DOENÇA OCUPACIONAL</b>	
<b>DADOS DO SERVIDOR</b>		
Nome completo:	Matricula / Nº Funcional:	
Cargo:	Cédula de Identidade / órgão expedidor	
Órgão de Origem:	Setor de Trabalho:	
Horário de Trabalho:	Telefone:	
Endereço residencial (completo):		
Cidade:	Cep.:	Telefone:
<b>Relato do Histórico Profissional e das condições de trabalho com explicação da evolução do quadro de saúde em análise neste processo. Anexar laudos pertinentes.</b>		