

## 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 de Qualidade de Vida Ocupacional);
- **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;

## GERÊNCIA DE QUALIDADE DE VIDA OCUPACIONAL

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

**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 10 (dez) dias, conforme Art. 144 § 2º da Lei 20.756/2020.*

**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.*

## GERÊNCIA DE QUALIDADE DE VIDA OCUPACIONAL

**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;

### GERÊNCIA DE QUALIDADE DE VIDA OCUPACIONAL

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

**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 DE QUALIDADE DE VIDA OCUPACIONAL:**

**Campos de preenchimento exclusivo da Gerência de Qualidade de Vida Ocupacional:**

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

**CAMPO 59 - Assinatura Coordenação Técnica GEQUAV:** Assinatura do servidor pertencente à Coordenação Técnica, responsável pela conferência do preenchimento da FRAT.

### **PARECER MÉDICO GERÊNCIA DE QUALIDADE DE VIDA OCUPACIONAL:**

**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 DE QUALIDADE DE VIDA OCUPACIONAL:** O médico da Gerência de Qualidade de Vida Ocupacional 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 DE QUALIDADE DE VIDA OCUPACIONAL:** O médico da Gerência de Qualidade de Vida Ocupacional 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).