

Neste manual, você encontra todos os dados que precisam ser fornecidos, para notificar uma ocorrência de acidente de trabalho.

# Manual para preenchimento da- NAT

Notificação de Acidente de Trabalho

DIRETORIA DE SAÚDE OCUPACIONAL  
Gerência de Segurança e Saúde Ocupacional  
E-mail: [seguranca.trabalho@londrina.pr.gov.br](mailto:seguranca.trabalho@londrina.pr.gov.br)

## Sumário

<b>1 INSTRUÇÕES INICIAIS</b> .....	3
1.1 Como acessar a Notificação de Acidente de Trabalho - NAT em meio eletrônico .....	3
1.2 Importante .....	3
1.3 Como encaminhar a NAT .....	3
<b>2 Orientações para o preenchimento da NAT</b> .....	4
2.1 1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO .....	4
Campo 1.1 Matrícula:.....	4
Campo 1.2 Nome Completo do(a) Servidor(a): .....	4
Campo 1.3 Idade: .....	4
Campo 1.4 Estado Civil: .....	4
Campo 1.5 Telefone: .....	4
Campo 1.6 Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F: .....	4
Campo 1.7 Endereço Residencial: .....	4
Campo 1.8 Cargo e Função:.....	4
Campo 1.9 Possui função gratificada? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, qual?.....	4
Campo 1.10 Horário de Trabalho:.....	4
Campo 1.11 Regime de escala? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:.....	4
Campo 1.12 Data de Admissão:.....	4
Campo 1.13 Secretaria e Lotação: .....	4
Campo 1.14 Endereço do Trabalho:.....	4
Campo 1.15 Telefone:.....	4
Campo 1.16 Matrícula e Nome Completo da Chefia Imediata:.....	4
Campo 1.17 E-mail da Chefia Imediata: .....	5
2.2 2 - DADOS DA OCORRÊNCIA .....	5
Campo 2.1 Data da Ocorrência:.....	5
Campo 2.2 Hora da Ocorrência: .....	5
Campo 2.3 Após quantas horas de trabalho?.....	5
Campo 2.4 Último dia de jornada completa trabalhada: .....	5
Campo 2.5 Houve registro policial? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não .....	5
Campo 2.6 Local da Ocorrência: .....	5
Campo 2.7 Especificação do Local da Ocorrência: .....	5
Campo 2.8 Parte do Corpo Atingida:.....	5
Campo 2.9 Agente Causador: .....	6
Campo 2.10 Descrição da Situação Geradora: .....	6
2.3 3- DADOS DAS TESTEMUNHAS (DIRETAS) QUE PRESENCIARAM O FATO .....	6
Campo 3.1 Nome da Testemunha 1:.....	6
Campo 3.2 Endereço: .....	6
Campo 3.3 Telefone: .....	6

<b>Campo 3.4</b> Nome da Testemunha 2:.....	6
<b>Campo 3.5</b> Endereço: .....	6
<b>Campo 3.6</b> Telefone: .....	6
<b>2.4 4 - DADOS DO ATENDIMENTO MÉDICO</b> .....	6
<b>Campo 4.1</b> Unidade de Atendimento: .....	6
<b>Campo 4.2</b> Data:.....	7
<b>Campo 4.3</b> Hora do Atendimento:.....	7
<b>Campo 4.4</b> Houve internação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não .....	7
<b>Campo 4.5</b> Houve óbito? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não .....	7
<b>Campo 4.6</b> Deverá afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não.....	7
<b>Campo 4.7</b> Tempo de afastamento? ____ dias.....	7
<b>2.5 5 - DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ANÁLISE DA OCORRÊNCIA</b> .....	7
<b>Campo 5.1</b> Atestado Médico: .....	7
<b>Campo 5.2</b> Exames Complementares: .....	7
<b>Campo 5.3</b> Boletim de Ocorrência:.....	7
<b>Campo 5.4</b> SINAN:.....	7
<b>Campo 5.5</b> Registro Fotográfico: .....	7
<b>Nota 1:</b> .....	8
<b>2.6 6 - OBSERVAÇÕES IMPORTANTES</b> .....	8
<b>2.7 7 - RESPONSÁVEIS PELA EMISSÃO</b> .....	8
<b>Campo 7.1</b> .....	8
<b>Campo 7.2</b> .....	8
<b>Campo 7.3</b> .....	8
<b>Assinatura do servidor:</b> .....	8
<b>Carimbo e Assinatura da Chefia Imediata</b> .....	8
<b>3 TABELA 1 – PARTE DO CORPO ATINGIDA</b> .....	9
<b>4 Fontes imagens</b> .....	9



Figura 01

## 1 Instruções Iniciais

### 1.1 Como acessar a Notificação de Acidente de Trabalho - NAT em meio eletrônico

**1º Passo:** acesse o site da Prefeitura Municipal de Londrina (<https://portal.londrina.pr.gov.br/>)

**2º Passo:** acesse o Portal do Servidor

**3º Passo:** acesse o menu CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, no final da página

**4º Passo:** clique sobre o link [Notificação de Acidente de Trabalho \(NAT\)](#), no final da página

### 1.2 Importante



Figura 02

É de responsabilidade exclusiva da Chefia Imediata fazer a abertura e preencher todos os campos do formulário de **Notificação de Acidente de Trabalho (NAT)**, que deve ser emitido no prazo máximo de 02 dias úteis contados a partir da data do evento. (Art. 3º da Lei 11794/2012).



**TODOS OS CAMPOS DEVEM SER PREENCHIDOS.**



É válida a utilização de assinatura eletrônica do [GOV.BR](#) ou chaves com certificado digital conforme ICP-Brasil.



Ressaltamos ainda a importância da emissão da NAT deverá para toda ocorrência ou doença relacionadas ao trabalho, ainda que não haja afastamento ou incapacidade.

### 1.3 Como encaminhar a NAT

**a) Preenchimento manual:** Imprimir o formulário, preencher com **letra legível**, todos os campos da NAT, escanear em formato PDF.

**b) Preenchimento Digital:** Preencher todos os campos. Se após o preenchimento imprimir para assinatura, escanear em formato PDF. Se assinatura digital, salvar como em formato PDF.

**c)** Os documentos médicos também deverão ser escaneados em formato PDF, legíveis e sem cortes.

**d)** Toda a documentação deve ser enviar para o e-mail [smrh.cat@londrina.pr.gov.br](mailto:smrh.cat@londrina.pr.gov.br)



Figura 03

## 2 Orientações para o Preenchimento da NAT



Figura 04

### 2.1 1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

*Preencher com os dados relativos à matrícula em que houve a ocorrência com o servidor*

**Campo 1.1** Matrícula: *Informar a matrícula em que aconteceu a ocorrência.*

**Campo 1.2** Nome Completo do(a) Servidor(a): *Informar o nome completo do(a) servidor(a), sem abreviaturas.*

**Campo 1.3** Idade: *Informar a idade do servidor, utilizando a forma (XX anos).*

**Campo 1.4** Estado Civil: *Informar se solteiro, casado, viúvo, união estável, separado judicialmente, outros e quando o estado civil for desconhecido informar ignorado.*

**Campo 1.5** Telefone: *Informar o número do telefone celular do servidor, com código DDD.*

**Campo 1.6** Sexo  M  F: *Assinalar uma das opções, M para masculino e F para feminino.*

**Campo 1.7** Endereço Residencial: *Informar o endereço residencial atualizado do servidor.*

**Campo 1.8** Cargo e Função: *Informar o cargo e função do servidor, sem abreviaturas; não utilizar siglas.*

**Campo 1.9** Possui função gratificada?  Não  Sim Se sim, qual? *Assinalar uma das opções. Em caso afirmativo (Opção “Sim”), informar a função gratificada que exerce.*

**Campo 1.10** Horário de Trabalho: *Informar o horário de trabalho na matrícula em que aconteceu a ocorrência.*

**Campo 1.11** Regime de escala?  Não  Sim: *Assinalar uma das opções. Escala de trabalho é a forma como a jornada de trabalho do colaborador é distribuída ao longo da semana. Considera-se Regime de Escala a escala que foge do tradicional trabalho de segunda à sexta-feira dentro do horário comercial, por exemplos: escala 5×1, a cada 5 dias trabalhados, o colaborador tem direito a uma folga; escalas 6×1, 4×2, 12×36 e outras variações.*

**Campo 1.12** Data de Admissão: *Informar a data de admissão do servidor, utilizando a forma DD/MM/AAAA*

**Campo 1.13** Secretaria e Lotação: *Informar a Secretaria/Diretoria/Gerência/Coordenadoria/Local de Trabalho em que o servidor está lotado na matrícula da ocorrência.*

**Campo 1.14** Endereço do Trabalho: *Informar o endereço do local de trabalho do servidor.*

**Campo 1.15** Telefone: *Informar o número de telefone do local de trabalho, com DDD.*

**Campo 1.16** Matrícula e Nome Completo da Chefia Imediata: *Informar a matrícula e o nome completo da Chefia Imediata.*

**Campo 1.17** E-mail da Chefia Imediata: *Informar o e-mail INSTITUCIONAL da Chefia Imediata.*

## 2.2 2 - DADOS DA OCORRÊNCIA

**Campo 2.1** Data da Ocorrência: *Informar a data do ocorrido, utilizando a forma DD/MM/AAAA. No caso de doença, informar como data da ocorrência a data da conclusão do diagnóstico do médico assistente ou a do início da incapacidade laborativa, devendo ser consignada a que ocorrer primeiro.*

**Campo 2.2** Hora da Ocorrência: *Informar a hora em que aconteceu a ocorrência, utilizando a forma 00h00m.*



Figura 05

**Campo 2.3** Após quantas horas de trabalho? *Informar o número de horas decorridas desde o início da jornada de trabalho até o momento da ocorrência, utilizando a forma 00h00m. No caso de doença e acidente de trajeto antes da jornada de trabalho, o campo deverá ficar em branco.*

**Campo 2.4** Último dia de jornada completa trabalhada: *Informar a data do último dia em que o servidor cumpriu a sua jornada completa de trabalho, com registro de entrada e saída.*

**Campo 2.5** Houve registro policial?  Sim  Não *Assinalar uma das opções. Em caso afirmativo (Opção “Sim”), deverá ser anexada cópia do registro policial. Importante! Todo acidente de trajeto ou de trânsito (quando o servidor está a serviço da prefeitura), com ou sem vítima grave deve ser confeccionado o boletim de ocorrência.*

**Campo 2.6** Local da Ocorrência: *Informar o nome completo do local da ocorrência, por exemplos: escola, UBS, UPA, e fora do local de lotação, informar o nome da via pública ou o local onde o servidor estava realizando a atividade.*

**Campo 2.7** Especificação do Local da Ocorrência: *Informar de maneira clara e precisa o local onde aconteceu a ocorrência, por exemplos: sala de aula, sala de atendimento, pátio, rampa de acesso, estacionamento, posto de trabalho, cozinha, refeitório, banheiro, escada, corredor, quadra, calçada, oficina, viatura, outros.*

*OBS.: Caso a ocorrência for fora do local de lotação do servidor, preencher neste campo endereço completo do local da ocorrência (rua, avenida, cruzamento, rotatória, número, complemento, cidade, etc).*

**Campo 2.8** Parte do Corpo Atingida:

- *Para as ocorrências, informar a parte do corpo diretamente atingida pelo agente causador, seja externa ou internamente (vide TABELA 1 - abaixo);*

- Para doenças profissionais, do trabalho, ou equiparadas, informar o órgão ou sistema lesionado (vide TABELA 1).

OBS.: Deverá ser especificado o lado atingido (direito ou esquerdo), quando se tratar de parte do corpo bilateral.

**Campo 2.9 Agente Causador:** Informar o agente diretamente relacionado à ocorrência, podendo ser mobiliário, máquina, equipamento, ferramenta, produtos químicos, sangue, secreções, etc. Pode ainda ser considerada uma situação específica como queda, choque elétrico, atropelamento, perfurocortantes, etc.

**Campo 2.10 Descrição da Situação Geradora:** Descrever a situação ou a atividade de trabalho desenvolvida pelo servidor e por outros, diretamente relacionados à ocorrência, relatando como se deu a ocorrência. No caso de acidente de trajeto, especificar os deslocamentos e informar se foi ou não 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.

## 2.3 3- DADOS DAS TESTEMUNHAS (DIRETAS) QUE PRESENCIARAM O FATO

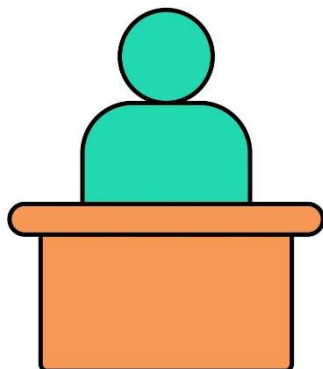


Figura 06

**Campo 3.1 Nome da Testemunha 1:** Informar o nome completo (sem abreviaturas) da testemunha que tenha presenciado o ocorrido ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato.

**Campo 3.2 Endereço:** Informar o endereço completo da testemunha que tenha presenciado o ocorrido ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato.

**Campo 3.3 Telefone:** Informar o telefone da testemunha que tenha presenciado o ocorrido ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato, com código DDD.

**Campo 3.4 Nome da Testemunha 2:** Informar o nome completo da testemunha 2, sem abreviaturas.

**Campo 3.5 Endereço:** Informar o endereço completo da testemunha 2

**Campo 3.6 Telefone:** Informar o telefone da testemunha 2, com código DDD.

## 2.4 4 - DADOS DO ATENDIMENTO MÉDICO

OBS: Este campo é preenchido pela **chefia imediata** com base nos dados do atestado médico, fornecido pelo médico que atendeu o servidor em relação à ocorrência/acidente.

**Campo 4.1 Unidade de Atendimento:** Informar o nome do local onde foi prestado o atendimento médico.

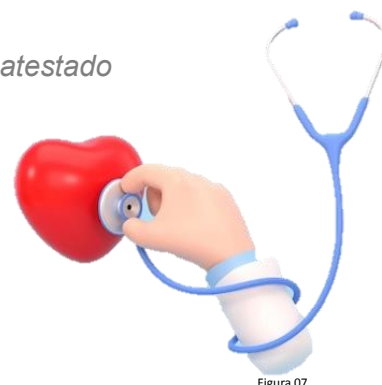


Figura 07



**Campo 4.2** Data: *Inserir a data do atendimento médico, utilizando a forma DD/MM/AAAA.*

**Campo 4.3** Hora do Atendimento: *Inserir a hora do atendimento médico, utilizando a forma 00h00m.*

**Campo 4.4** Houve internação?  Sim  Não *Informar se houve internação do servidor que sofreu a ocorrência, assinalando uma das opções.*

**Campo 4.5** Houve óbito?  Sim  Não *Assinalar uma das opções, **neste caso a notificação deve ser imediata***

**Campo 4.6** Deverá afastar-se do trabalho durante o tratamento?  Sim  Não *Informar se houve afastamento do trabalho prescrito pelo médico atendente, assinalando uma das opções.*

**Campo 4.7** Tempo de afastamento? \_\_\_\_ dias. *Informar o tempo de afastamento prescrito pelo médico atendente: horas, período ou dia(s).*

## 2.5 5 - DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ANÁLISE DA OCORRÊNCIA

*Segue abaixo o informativo dos documentos que devem ser encaminhados para análises técnicas (Segurança e medicina Ocupacional) da ocorrência.*



Figura 08

**Campo 5.1** Atestado Médico: obrigatoriamente, encaminhar junto com a NAT, o Atestado Médico do Primeiro Atendimento (constando data, carimbo, assinatura e CID LEGÍVEIS).

**Campo 5.2** Exames Complementares: Os exames complementares realizados, relacionados à ocorrência, também devem ser encaminhados.<sup>1</sup>

**Campo 5.3** Boletim de Ocorrência: Em caso de acidente de trânsito ou trajeto envolvendo veículos, é obrigatório anexar o Boletim de Ocorrência (B.O., SIATE, SAMU, Polícia Militar ou Guarda Municipal). E para ocorrências com agressão física é obrigatório anexar o Laudo Médico e Boletim de Ocorrência (B.O.).<sup>1</sup>

**Campo 5.4** SINAN: Anexar o Formulário do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em caso de ocorrências com exposição a material biológico, e os exames realizados pelo servidor e paciente fonte quando identificado.<sup>1</sup>

**Campo 5.5** Registro Fotográfico: NÃO é obrigatório, porém quando houver registros fotográficos da ocorrência, do local ou do ferimento, estes poderão ser anexados, tendo o cuidado para não publicar o rosto de pessoas.



**Nota 1:** Os documentos mencionados nos itens 5.2, 5.3 e 5.4, podem ser enviados junto com a NAT, ou posteriormente, imediatamente após o servidor tê-los em mãos.

## 2.6 6 - OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

**Campo 6.1** É obrigatório o preenchimento de todos os campos do formulário de Notificação de Acidente de Trabalho (NAT).

**Campo 6.2** É de responsabilidade exclusiva da Chefia Imediata fazer a abertura da Notificação de Acidente de Trabalho (NAT), que deve ser emitida no prazo de 02 dias úteis. (Art. 3º da Lei 11794/2012)



Figura 09

## 2.7 7 - RESPONSÁVEIS PELA EMISSÃO



Figura 10

**Campo 7.1** Eu, *inserir o nome completo da Chefia Imediata*, Matrícula *XX.XXX-X*, declaro por fim, sob pena de responsabilidade administrativa e penal, que as informações contidas neste documento são verdadeiras, conforme informadas pelo servidor.

**Campo 7.2** Ciente de todos os fatos.  Sim  Não (*Assinale uma das opções*).

**Campo 7.3** Em caso de impossibilidade da assinatura do servidor(a), justifique os motivos: *Insira a justificativa da impossibilidade da assinatura do servidor*.

**Assinatura do servidor:** O servidor deve assinar o documento. Na impossibilidade da assinatura do servidor, deve-se justificar o motivo no Campo 7.3.

**Carimbo e Assinatura da Chefia Imediata** A chefia Imediata deve carimbar e assinar o documento, SÃO aceitas assinaturas digitais por meio do gov.br ou certificado de chaves ICP-Brasil

Londrina, DD/MM/AAAA.

### 3 Tabela 1 – parte do corpo atingida

<b>CABEÇA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Boca (inclusive lábios, dentes, língua)</li> <li>✓ Couro cabeludo</li> <li>✓ Crânio (inclusive encéfalo)</li> <li>✓ Face, partes múltiplas (qualquer combinação das partes da cabeça atingidas, ex: olhos e nariz, boca e queixo, etc.)</li> <li>✓ Mandíbula (inclusive queixo)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nariz (inclusive fossas nasais, seios da face e olfato)</li> <li>✓ Olho (inclusive nervo ótico e visão)</li> <li>✓ Ouvido</li> <li>✓ Pavilhão da orelha</li> <li>✓ Pescoço.</li> <li>✓ Supercílio</li> <li>✓ Testa</li> </ul>
<b>MEMBROS SUPERIORES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mão (exceto punho e dedos)</li> <li>✓ Membros superiores, partes múltiplas (qualquer combinação das partes dos membros superiores atingidos, ex: braço e cotovelo, antebraço e punho, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Antebraço (entre o punho e o cotovelo)</li> <li>✓ Braço (acima do cotovelo)</li> <li>✓ Dedo(s)</li> <li>✓ Punho</li> </ul>
<b>MEMBROS INFERIORES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Artelhos (dedos dos pés)</li> <li>✓ Coxa</li> <li>✓ Joelho</li> <li>✓ Membros inferiores, partes múltiplas (qualquer combinação das partes que compõe os membros inferiores atingidos, ex: coxa e joelhos, pé e artelhos, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pé (exceto artelhos)</li> <li>✓ Perna (exceto tornozelo e joelho)</li> <li>✓ Tornozelo</li> </ul>
<b>TRONCO</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ombro</li> <li>✓ Tórax (inclusive órgãos internos)</li> <li>✓ Dorso (inclusive músculos dorsais, coluna e medula espinhal)</li> <li>✓ Abdome (inclusive órgãos internos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Quadris (inclusive pelve, órgãos pélvicos e nádegas)</li> <li>✓ Genitália</li> <li>✓ Tronco, partes múltiplas (qualquer combinação das partes do tronco atingidas, ex: tórax e abdome, quadris e genitália, etc.)</li> </ul>
<b>APARELHOS E SISTEMAS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aparelho circulatório</li> <li>✓ Aparelho digestivo</li> <li>✓ Aparelho respiratório</li> <li>✓ Aparelho urogenital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sistema esquelético</li> <li>✓ Sistema linfático</li> <li>✓ Sistema muscular</li> <li>✓ Sistema nervoso.</li> </ul>

### 4 Fontes imagens

Figura 01 - [https://pmkb.com.br/a-informacao-e-a-commodity-dos-ultimos-tempos/#google\\_vignette](https://pmkb.com.br/a-informacao-e-a-commodity-dos-ultimos-tempos/#google_vignette)

Figura 02 - <https://br.freepik.com/vetores/importante>

Figura 03 - <https://www.r7tecnologia.com.br/como-ler-cabecalhos-completos-de-e-mails/>

Figura 04 - [https://www.flaticon.com/br/icone-gratis/facto\\_12855669](https://www.flaticon.com/br/icone-gratis/facto_12855669)

Figura 05 - <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/acidente-do-trabalho-uma-visao-geral-dos-principais-aspectos/425411451>

Figura 06 - <https://pt.vecteezy.com/arte-vetorial/13033889-icone-de-design-editavel-de-testemunha>

Figura 07 - [https://br.freepik.com/fotos-premium/medico-de-mao-de-desenho-animado-3d-segurando-um-conceito-de-saude-medica-estetoscopio-xa\\_23801535.htm](https://br.freepik.com/fotos-premium/medico-de-mao-de-desenho-animado-3d-segurando-um-conceito-de-saude-medica-estetoscopio-xa_23801535.htm)

Figura 08 - <https://pt.vecteezy.com/arte-vetorial/3554111-clipboard-with-checklist-paper-hands-fill-and-check-document-flat-vector-icon>

Figura 09 - <https://pt.vecteezy.com/arte-vetorial/1945695-megafone-personagem-de-desenho-animado-com-expressao-facial>

Figura 10 - <https://br.pinterest.com/pin/621074604857269086/>