



FUNDADO EM 19/12/58
SEDE PRÓPRIA

SINDICATO DOS PETROLEIROS DO LITORAL PAULISTA



DEPARTAMENTO DE SAÚDE, SEGURANÇA E MEIO AMBIENTE

FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DE COVID-19 RELACIONADA OU ADQUIRIDA EM CONDIÇÕES ESPECIAIS DO TRABALHO

Este formulário tem como objetivo atender a Resolução nº 2.183, de 21 de junho de 2018, do Conselho Federal de Medicina, as orientações da Portaria Conjunta SEPRT nº 20/2020 do Ministério da Saúde e da Nota Técnica SEI nº 14127/2021 do Ministério da Economia para elaboração de documentos e adoção de medidas de segurança e saúde no trabalho frente ao risco de contaminação por coronavírus no ambiente laboral e, conseqüentemente, emissão da Comunicação de Acidente do Trabalho – CAT para a Previdência Social.

O trabalhador deverá encaminhar o formulário preenchido com todas as informações, assinar e juntar o(s) resultado(s) do(s) exame(s) que identificou/diagnosticou a doença.

IDENTIFICAÇÃO

NOME COMPLETO: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ GÊNERO: _____ CPF: _____

RG: _____ DATA DE EMISSÃO DO RG: _____ ORGÃO EXPED: _____

EMAIL: _____ TELEFONE: _____

NOME DA MÃE: _____

Nº CARTEIRA DE TRABALHO: _____ SÉRIE: _____ DATA DE EMISSÃO: _____

PIS/PASEP/NIT: _____ ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO RESIDÊNCIA: _____

CIDADE: _____ UF: _____ CEP: _____

LOTAÇÃO - BASE TERRESTRES:

() RPBC () Alemoa () Pilões () Tebar () UTGCA () EDISA

LOTAÇÃO - BASE PLATAFORMAS: () MEXILHÃO () MERLUZA

() P-66 () P-67 () P-68 () P-69 () P-70

LOCAL DE TRABALHO/UNIDADE: _____

CARGO: _____ FUNÇÃO: _____

DA RELAÇÃO DE TRABALHO

1. DURANTE A PANDEMIA VOCÊ:

Continuou trabalhando presencialmente na Petrobrás

Trabalhou em Home office

Alternava o trabalho de forma presencial e Home office

2. COMO VOCÊ IA E VOLTAVA DO LOCAL DE TRABALHO QUANDO FICOU DOENTE OU TESTOU POSITIVO? MARQUE TODAS AS OPÇÕES QUE SE APLICAM:

Ônibus de transporte público

Ônibus da empresa

Trem/Metrô

Automóvel próprio (sozinho)

Automóvel acompanhado (carona, táxi, aplicativo)

Motocicleta

Avião

Helicóptero

Outros: _____

Trabalhava em casa

ESTUDO DO LOCAL DE TRABALHO

3. EM QUE LOCAIS VOCÊ TRABALHAVA QUANDO FICOU DOENTE OU TESTOU POSITIVO? RELACIONAR TODOS OS AMBIENTES LABORAIS:

4. A PETROBRÁS FORNECIA ÁGUA E SABÃO À VONTADE PARA LAVAR AS MÃOS?

Não Sim Raramente

5. A PETROBRÁS FORNECIA ÁLCOOL GEL 70 À VONTADE PARA LIMPAR AS MÃOS?

Não Sim Raramente

6. A PETROBRÁS FORNECIA MÁSCARAS EM NÚMERO SUFICIENTE PARA TROCAS PERIÓDICAS OU QUANDO NECESSÁRIO?

() Não () Sim () Raramente

7. A PETROBRÁS DISPONIBILIZOU LOCAL PARA O DESCARTE CORRETO DAS MÁSCARAS INUTILIZADAS?

() Não () Sim () Desconhece

8. A PETROBRÁS MANTÉM A HIGIENIZAÇÃO DAS CADEIRAS, MESAS, TELEFONES, TECLADOS E OUTROS EQUIPAMENTOS DE FORMA ADEQUADA?

() Não () Sim () Raramente

9. O DISTANCIAMENTO DE 2 METROS ENTRE AS PESSOAS NO TRANSPORTE OU NO LOCAL DE TRABALHO FOI GARANTIDO PELA PETROBRÁS?

() Não () Sim () Raramente

10. NOS LOCAIS COMPARTILHADOS EXISTIA AUSÊNCIA DE VENTILAÇÃO (REFEITÓRIO, VESTIÁRIO, SALA DE CONTROLE, ETC), SEM JANELA OU OUTRAS ABERTURAS PARA O AMBIENTE EXTERNO?

() Não () Sim () Pouca ventilação

11. NO SEU AMBIENTE DE TRABALHO EXISTEM APROXIMADAMENTE QUANTAS PESSOAS DIARIAMENTE?

Resposta: _____

12. COMO VOCÊ AVALIA O SEU RISCO DE CONTRAIR A COVID-19 NOS SEGUINTE AMBIENTES?

- Vestiário: () Risco Alto () Médio () Baixo
- Sala de controle/trabalho: () Risco Alto () Médio () Baixo
- Restaurante: () Risco Alto () Médio () Baixo
- Reuniões: () Risco Alto () Médio () Baixo
- Passagem de serviço: () Risco Alto () Médio () Baixo
- Durante o transporte: () Risco Alto () Médio () Baixo
- Na área/Liberação dos trabalhos: () Risco Alto () Médio () Baixo
- Oficina de Manutenção: () Risco Alto () Médio () Baixo
- Camarote de plataformas: () Risco Alto () Médio () Baixo
- Ambulatório médico: () Risco Alto () Médio () Baixo

ESTUDO DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

13. A SUA ATIVIDADE DE TRABALHO PARA A PETROBRÁS É CONSIDERADA ESSENCIAL?

() Não () Sim

14. A PETROBRÁS FORNECEU COM REGULARIDADE CAPACITAÇÃO PARA O USO DE MÁSCARAS, HIGIENE PESSOAL OU OUTRAS MEDIDAS DE PROTEÇÃO?

() Não () Sim

15. EXISTIA AGLOMERAÇÃO DE PESSOAS NOS AMBIENTES DE TRABALHO EM DECORRÊNCIA DOS TRABALHOS?

() Não () Sim

16. DURANTE A SUA ATIVIDADE VOCÊ INTERAGIA COM TRABALHADORES CONTRATADOS?

() Não () Sim () Raramente () Sempre

17. EM QUAL(IS) AMBIENTE(S) VOCÊ ACREDITA QUE PODE TER SE INFECTADO?

Resposta: _____

18. CASO ALGUM TRABALHADOR APRESENTASSE SINTOMAS RESPIRATÓRIOS, TOSSE OU FEBRE DURANTE A JORNADA DE TRABALHO, ERA IMEDIATAMENTE SEPARADO DOS OUTROS TRABALHADORES?

() Não () Sim

19. CASO AFIRMATIVO PARA RESPOSTA ACIMA, O TRABALHADOR ERA DISPENSADO OU DESEMBARCADO?

() Não () Sim

20. VOCÊ SE SENTIA SEGURO PARA PERMANECER TRABALHANDO COM AS MEDIDAS DE PROTEÇÃO ADOTADAS PELA PETROBRÁS?

() Não () Sim

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS OU DADOS ADICIONAIS

21. HAVIA PESSOAS QUE TRABALHAVAM PERTO DE VOCÊ E QUE TAMBÉM SE INFECTARAM?

() Não () Sim

22. CASO AFIRMATIVO PARA RESPOSTA ACIMA, ESSA(S) PESSOA(S) UTILIZAVA OS MESMOS AMBIENTES COLETIVOS (CAMAROTE, RESTAURANTE, AMBIENTES DE TRABALHO, TRANSPORTE) QUE VOCÊ?

() Não () Sim

23. QUE DATA INICIOU OS PRIMEIROS SINTOMAS?

RESPOSTA: _____

24. QUAIS FORAM OS SINTOMAS?

- Febre Calafrios Coriza Falta de ar
- Tosse Dor de garganta Dor de cabeça Dor no corpo
- Perda de olfato Perda de paladar Diarreia Cansaço
- Outro: _____

25. QUAL(IS) EXAME(S) VOCÊ FEZ PARA IDENTIFICAR A COVID-19?

- RT-PCR (Swab-Cotonete/Resultado > 4 dias)
- Sorológico (Coleta de sangue/Resultado > 4 dias)
- Teste Rápido Sorológico (Sangue/Resultado em 15min)
- Teste Rápido Antígeno (Swab-Cotonete/Resultado de 2 a 4 horas)
- Não fiz exames. Motivo: _____

26. ASSINALE O(S) PROBLEMA(S) QUE VOCÊ AINDA TEM POR CAUSA DA COVID-19:

- Perda de olfato - não sinto cheiro Perda de paladar - não sinto gosto Tosse
- Circulação Rins Pulmões Coração Muito cansaço Falta de ar
- Problema psicológico Nenhum Outros: _____

27. HOUVE DIVULGAÇÃO AMPLA E TRANSPARENTE DOS DADOS DE CONTAMINAÇÃO ENTRE A FORÇA DE TRABALHO?

- Não Sim Desconhece

28. SEU AFASTAMENTO FOI SUPERIOR A 15 DIAS?

- Não Sim

29. EXISTE ALGUMA INFORMAÇÃO RELEVANTE QUE POSSA TER RELAÇÃO COM A COVID-19 NO AMBIENTE DE TRABALHO OU NO TRANSPORTE E QUE DESEJA INFORMAR? SE OCORREU SURTOS, FALTA DE EXAMES, AUSÊNCIA DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE, ETC.

DECLARAÇÃO DAS INFORMAÇÕES - ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO: _____

A LITERATURA CIENTÍFICA (PARA USO DO MÉDICO ASSISTENTE DO SINDICATO)

1. SOBRE A NATUREZA DA COVID-19 PARA FINS TRABALHISTAS, PREVIDENCIÁRIOS E CIVIS: TRAZENDO LUZES A ALGUMAS CONFUSÕES CONCEITUAIS. Caráter ocupacional, nexos de causalidade, responsabilidade civil e outros temas. Feliciano, G.G; Maeno. M.; Carmo, J.C.; Henriques, C.M.P., 2020.
2. A COVID-19 NOS AMBIENTES DE TRABALHO E A POSSIBILIDADE DO ENQUADRAMENTO COMO DOENÇA OCUPACIONAL PARA FINS DE EMISSÃO DE CAT. Zimmermann, C.L., 2020.
3. NOTA TÉCNICA GT COVID-19 N. 20/2020 SOBRE MEDIDAS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NAS RELAÇÕES DE TRABALHO (REVISADA EM 11.12.2020). MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. PROCURADORIA GERAL DO TRABALHO GRUPO DE TRABALHO NACIONAL – GT – COVID-19, 2020.
4. A COVID-19 COMO DOENÇA OCUPACIONAL: NEXO CAUSAL E CONCAUSAL. Silva, J.A.R.O., 2020.
5. A COVID-19 É UMA DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO. Congresso Internacional de Ciências do Trabalho, Meio Ambiente, Direito e Saúde. Maeno. M.; Carmo, J.C., 2020.
6. Parecer sobre contaminações por Covid-19 a bordo de plataformas e contribuições para investigação da caracterização do nexo causal entre a doença e o trabalho no setor de petróleo e gás. Rede de Pesquisa em Saúde do Trabalhador: construção do conhecimento e intervenção entre trabalhadores, profissionais dos serviços e pesquisadores. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. FIOCRUZ, 2021.
7. PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS: OS TRABALHADORES SOB O TACÃO DE FERRO E A NECESSIDADE DA RESISTÊNCIA AO CAPITAL. Rede de Pesquisa em Saúde do Trabalhador: construção do conhecimento e intervenção entre trabalhadores, profissionais dos serviços e pesquisadores. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. FIOCRUZ, 2021.
8. RECOMENDAÇÃO MPT COVID-19 Nº 2344/2021. PA-PROMO nº 001236.2020.01.000/0. MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO DA 1ª REGIÃO.
9. Outras:

ANÁLISE DE NEXO CAUSAL (PARA USO DO MÉDICO ASSISTENTE DO SINDICATO):

() **ABRIR CAT** - COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO

() **NÃO ABRIR CAT**

OBSERVAÇÕES DO MÉDICO ASSISTENTE:

Santos, ____ de _____ de _____.

MÉDICO ASSISTENTE: _____

EDISON JOSÉ DE AGUIAR – MÉDICO DO TRABALHO - CRM 52403-SP

SINDICATO DOS PETROLEIROS DO LITORAL PAULISTA

aberturadecat@sindipetrosantos.com.br