



PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
DEPARTAMENTO CENTRAL DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS
SEÇÃO DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

SEMETRA

RELATÓRIO INTERNO DE ACIDENTE DO TRABALHO (RIAT)

DIVISÃO RESPONSÁVEL

NOME DO SERVIDOR (A):		MAT.:	
ENDEREÇO:	BAIRRO:	TEL.:	
DATA NASC.: ___/___/___	SEXO:	DATA ADM.: ___/___/___	
CARGO/FUNÇÃO:			
SECRETARIA:	DPTO/SEÇÃO:		
HORÁRIO DE TRAB.: TURNO	INÍCIO: ___/___	TÉRMINO: ___/___	EFETIVO:() CONTRATADO:()
DATA DO OCORRIDO: ___/___/___	HORA DO OCORRIDO:	DIA DA SEMANA:	

DESCRIÇÃO DO OCORRIDO: (LOCAL; OBJETO CAUSADOR; PARTE DO CORPO ATINGIDA, QUANDO E COMO OCORREU):

QUAL UNIDADE DE SAÚDE O SERVIDOR FOI ENCAMINHADO? _____
(ANEXAR RELATÓRIO MÉDICO DO PRIMEIRO ATENDIMENTO APÓS O OCORRIDO)

TESTEMUNHA 1:	MAT.:	ASS.
ENDEREÇO		TEL.:
TESTEMUNHA 2:	MAT.:	ASS.
ENDEREÇO		TEL.:

A CHEFIA IMEDIATA ORIENTA E FISCALIZA O USO DO EPI? () SIM () NÃO

ASSINATURA DO SERVIDOR (A):	DATA: ____/____/____
ASS. E CARIMBO DA CHEFIA/ENCARREGADO:	
MATRÍCULA:	

ATENÇÃO: O RIAT DEVE SER ENCAMINHADO A SEÇÃO DE SEGURANÇA NO PRAZO MÁXIMO DE 2 (DOIS) DIAS ÚTEIS, SEM RASURAS.

USO EXCLUSIVO DA SEGURANÇA DO TRABALHO

REGISTRO DE CAT N°.: _____ REGISTRO DE B.O N°: _____

QUAL ATIVIDADE O SERVIDOR EXERCIA NO MOMENTO DO OCORRIDO E EM QUAIS CONDIÇÕES OCORRERAM OS FATOS RELATADOS?

QUEM DETERMINOU OU AUTORIZOU O SERVIÇO?

FOI ORIENTADO PELA CHEFIA IMEDIATA PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO? () SIM () NÃO

LOCAL DA LESÃO:	AGENTE CAUSADOR:	
COM AFASTAMENTO ()	SEM AFASTAMENTO ()	
ACID. C/ MATERIAL BIOLÓGICO? () SIM () NÃO	TESTE RÁPIDO?() SIM () NÃO	RESULTADO:
UTILIZAVA EPI ADEQUADO? () SIM () NÃO	ESPECIFICAR:	
EXISTIA PREVENÇÃO COLETIVA? () SIM () NÃO	ESPECIFICAR:	
RECEBEU INSTRUÇÕES DE SEGURANÇA: () SIM () NÃO () GERAL () ESPECÍFICA		
INSTRUÇÕES FORNECIDAS POR: () SEG. DO TRABALHO () MEDICINA DO TRABALHO () CHEFIA IMEDIATA () OUTROS		
SOFREU ACIDENTES ANTERIORES: () SIM () NÃO	() COM AFASTAMENTO () SEM AFASTAMENTO	

PARECER TÉCNICO DA SEGURANÇA DO TRABALHO:

TÍPICO ()	DE TRAJETO ()	DOENÇA DO TRABALHO OU OCUPACIONAL ()	
ATO INSEGURO ()	CONDIÇÃO INSEGURA ()	FATOR PESSOAL ()	
TÉCNICO (A) DE SEGURANÇA:		MAT.:	ASSINATURA:
ENGENHEIRO (A) DE SEGURANÇA:		MAT.:	ASSINATURA:

REABERTURA DO RIAT:

DATA DA QUEIXA: ____/____/____ FUNÇÃO ATUAL:

LOCAL DE TRABALHO ATUAL:

MOTIVO DA REABERTURA:

NATUREZA DA LESÃO: _____ CID.:

LOCALIZAÇÃO DA LESÃO:

TRATAMENTO APLICADO:

PERDA DE TEMPO ESTIMADO: _____ DIAS EM OBSERVAÇÃO MÉDICA: () EM TRATAMENTO: ()

DATA DO AFASTAMENTO: ____/____/____ DATA DA ALTA MÉDICA: ____/____/____

DIAGNÓSTICO:

PARECER TÉCNICO DA MEDICINA DO TRABALHO:

DIAGNÓSTICO/PARECER TÉCNICO DA MEDICINA DO TRABALHO EM CASO DE REABERTURA:

ASS. MÉDICO DO TRABALHO/CRM: ASS. DO SERVIDOR: DATA: