



**RELATÓRIO INTERNO DE ACIDENTE DO TRABALHO (RIAT)**

**DIVISÃO RESPONSÁVEL**

NOME DO (A) 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 FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO REFERENTE AO 1º 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 (A) SERVIDOR (A):		DATA: ____/____/____
ASS. E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA/ENCARREGADO:	MATRÍCULA:	

**ATENÇÃO: O RIAT DEVE SER ENCAMINHADO A SEÇÃO DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO NO PRAZO MÁXIMO DE 2 (DOIS) DIAS ÚTEIS, SEM RASURAS, DEVIDAMENTE ASSINADO E DATADO.**

**USO EXCLUSIVO DA SEGURANÇA DO TRABALHO**

QUAL ATIVIDADE O (A) SERVIDOR (A) EXERCIÁ NO MOMENTO DO OCORRIDO E EM QUAIS CONDIÇÕES OCORRERAM OS FATOS RELATADOS?

QUEM DETERMINOU OU AUTORIZOU O SERVIÇO?		
FOI ORIENTADO (A) 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
REGISTRO DE CAT N°:	REGISTRO DE B.O N°:	

USO EXCLUSIVO DA SEGURANÇA DO TRABALHO	PARECER TÉCNICO DA SEGURANÇA DO TRABALHO:		
TÍPICO ( )	DE TRAJETO ( )	DOENÇA DO TRABALHO OU OCUPACIONAL ( )	
ATO INSEGURO ( )	CONDIÇÃO INSEGURA ( )	FATOR PESSOAL ( )	
TÉCNICO (A) DE SEGURANÇA DO TRABALHO:		MAT.:	ASSINATURA:
ENGENHEIRO (A) DE SEGURANÇA DO TRABALHO:		MAT.:	ASSINATURA:
<b>REABERTURA DO RIAT:</b>			
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 (A) SERVIDOR (A):		DATA: