

		RELATÓRIO INTERNO DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO		RIAT	
DSS		DEPARTAMENTO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO		RIAT N° _____ / _____	
PREENCHIMENTO FEITO PELO LÍDER/ GESTOR DIRETO DO ACIDENTADO	NOME:		LOCAL DE TRABALHO/ UO		IDADE:
	CARGO/ FUNÇÃO:		DATA DE NASCIMENTO		
	REGISTRO CET:	DATA DE ADMISSÃO:	TEMPO NA FUNÇÃO: anos meses		
			TEMPO NA EMPRESA: anos meses		
	DATA DO ÚLTIMO PERÍODO DE FÉRIAS:		FEZ HORAS EXTRAS (7 DIAS ANTES DO ACIDENTE): SIM () NÃO () QUANTAS:		
	DATA DO ACIDENTE:	JORNADA DE TRABALHO:	HORA DO ACIDENTE:	APÓS QUANTAS HORAS DE TRABALHO:	
	DIA DA SEMANA:		ATIVIDADE: () INTERNA () EXTERNA		
	LOCAL DO ACIDENTE:				
	DESCRIÇÃO DO ACIDENTE				
	ESTAVA ATUANDO EM ÁREA/ ROTA/ PONTO FIXO PRÉ ESTABELECIDO NO DIA DO ACIDENTE? S () N ()				
FOI TREINADO PARA ATUAR NESSA ÁREA/ ROTA/ PONTO FIXO ? S () N ()					
HÁ QUANTO TEMPO ATUA NESSA ÁREA/ ROTA/ PONTO FIXO? __ dias __ horas					
TESTEMUNHAS OCULAR SIM () NÃO ()					
NOME:		TEL:	END:		
NOME:		TEL:	END:		
RESPONSÁVEL INFORMAÇÃO E PELA UO					
NOME:	CARGO:	REG.CET	DATA	ASSINATURA:	
TIPO DO ACIDENTE: () TÍPICO () TRAJETO () DOENÇA OCUPACIONAL () REABERTURA () AUX. DOENÇA					
NATUREZA DA LESÃO:					
PARTE DO CORPO ATINGIDA:					
NEXO EPIDEMIOLÓGICO:					
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:					
TEMPO PREVISTO DE AFASTAMENTO:				CID:	
DATA:		RETORNO AO TRABALHO EM:			
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO			
Assumo total responsabilidade pelas informações acima descritas, sob pena da Lei (Art. 299, Código Penal Brasileiro)					
Nome:		REG.CET: _____	Assinatura do empregado: _____		
Anexar Relatório de Atendimento Médico, BAC - Boletim de Atividade de Campo (se executa atividade externa) e BO - Boletim de Ocorrência Policial (se houver)					

PREENCHIMENTO PELA MEDICINA DO TRABALHO

