

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA

Secretaria de Administração Diretoria Central de Gestão de Pessoas Seção de Segurança e Medicina do Trabalho

RELATÓRIO INTERNO DE ACIDENTE DO TRABALHO (RIAT)

ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA: MATRÍCULA: DATA: MATRÍCULA: ATENÇÃO: O RIAT DEVE SER ENCAMINHADO A SEÇÃO DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO NO PRAZO DE ATÉ O PRIMEIRO DIA ÚTIL SEGUINTE AO DIA DA OCORRÊNCIA, SEM RASURAS, DEVIDAMENTE ASSINADO E		NOME DO (A) SERVIDOR (A):				MAT.:						
BARRO:						TEL.:						
CARGO-FUNÇÃO: CORTADO		,	DAT	TA NASC · /	/							
HORARDO DE TRABALHO: NÍCIO: TÉRMINO: EFETIVO: CONTRATADO: DATA DO OCORRIDO:			_		·							
DATA DO GOORRIDO: IGCAL DO GOORRIDO: (LOCAL DO GOORRIDO: DESCRIÇÃO DO GOORRIDO: (LOCAL) GO GOORRIDO: (LOCAL) GOORRIDO: (LOCAL) GO GOORRIDO: (LOCAL) GOORRIDO: (LOCAL) GO			_	•		No.						
DATA: DATA: DO OCORRIDO: DESCRIÇÃO DO GOCORRIDO: DESCRIÇÃO DO GOCORRIDO: DESCRIÇÃO DO GOCORRIDO: COURREU): DESCRIÇÃO DO GOCORRIDO: QUAL UNIDADE DE SAÚDE O SERVIDOR FOI ENCAMINHADO? (ANEXAR FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO REFERENTE AO L'ATENDIMENTO AFÓS O OCORRIDO) TESTEBUNITA 1: ENDIREÇO TESTEBUNITA 1: ENDIREÇO A CHEFIA IMEDIATA ORIENTA E FISCALIZA O USO DO EPI? A CHEFIA IMEDIATA ORIENTA E FISCALIZA O USO DO EPI? A CHEFIA IMEDIATA ORIENTA E FISCALIZA O USO DO EPI? ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA: MATRICULA: DATA: ASS. ACHERÁ (NO RIAT DEVE SER ENCAMINHADO A SEÇÃO DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO NO PRAZO DE ATÉ O PRIMERO DIA ÚTIL SEGUINTE AO DIA DA OCORRÊNCIA. SEM RASURAS, DEVIDAMENTE ASSINADO E DATADO. QUEM DETERMINOU OU AUTORIZOU O SERVIÇO? FOI ORIENTADO (A) PELA CHEFIA IMEDIATA PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO? () SIM () NÃO ACHERÁ (A) PRATE DO CORRO ATINGIDA: QUEM DETERMINOU OU AUTORIZOU O SERVIÇO? FOI ORIENTADO (A) PELA CHEFIA IMEDIATA PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO? () SIM () NÃO DATADO. QUEM DETERMINOU OU AUTORIZOU O SERVIÇO? FOI ORIENTADO (A) PELA CHEFIA IMEDIATA PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO? () SIM () NÃO SEPCEIFICA: EXISTIA PREVENÇÃO COLETIVA? () SIM () NÃO () SEPACIFICA: RECEBEU INSTRUÇÕES DE SEGURANÇA: () SIM () NÃO () GERAL () ESPECÍFICA: RECEBEU INSTRUÇÕES DE SEGURANÇA: () SIM () NÃO () GERAL () ESPECÍFICA INSTRUÇÕES FORNECIDAS POR: RECEBEU INSTRUÇÕES DE SEGURANÇA: () SIM () NÃO () GERAL () ESPECÍFICA INSTRUÇÕES FORNECIDAS POR: OCORRETAMENTO () SEM AFASTAMENTO () SEM AFAST			LIIO.		EFETI	VO:() CONTRATADO:()						
DESCRIÇÃO DO GCORRIDO: (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.] ENDERECO			ног	A DO OCOPPIDO:		vo.() contratabo.()						
DESCRIÇÃO DO OCORRIDO: (LOCAL; OBJETO CAUSADOR; PARTE DO CORPO ATINGIDA, QUANDO E COMO OCORREU): OCORREU): OCORREU): QUAL UNIDADE DE SAÚDE O SERVIDOR POLENCAMINHADO? (ANEXAR FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO REFERENTE AO 1º ATENDIMENTO APÓS O OCORRIDO) TESTEMUNHA 1:			HOI	ta do ocontido.								
OCORREÚ): OCORREÚD:			N DOD.	DADTE DO CODO	ATING	IDA OHANDO E COMO						
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.: ASS. ENDEREÇO TEL.: ACHEFIA IMEDIATA ORIENTA E FISCALIZA O USO DO EPI? () SIM () NÃO ASSINATURA DO (A) SERVIDOR (A): ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA: MATRÍCULA: DATA: MATRÍCULA: DATA: MATRÍCULA: DATA: MATRICULA:	J.		ADOK;	, PARTE DO CORPC	ATING	IDA, QUANDO E COMO						
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): ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA: MATRÍCULA: DATA: ATENÇÃO: O RIAT DEVE SER ENCAMINHADO A SEÇÃO DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO NO PRAZO DE ATÉ O PRIMEIRO DIA ÚTIL SEGUINTE AO DIA DA OCORRÊNCIA, SEM RASURAS, DEVIDAMENTE ASSINADO E DATADO. QUAL ATIVIDADE O (A) SERVIDOR (A) EXERCIA NO MOMENTO DO OCORRIDO E EM QUAIS CONDIÇÕES OCORRERAM OS FATOS RELATADOS? QUEM DETERMINOU OU AUTORIZOU O SERVIÇO? FOI ORIENTADO (A) PELA CHIEFIA IMEDIATA PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO? () SIM () NÃO PARTE DO CORPO ATINGIDA: SEM AFASTAMENTO () UTILIZAVA EPI ADEQUADO? () SIM () NÃO ESPECIFICAR: EXISTIA PREVENÇÃO COLETIVA? () 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 ()	ÁVI											
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): ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA: MATRÍCULA: DATA: ATENÇÃO: O RIAT DEVE SER ENCAMINHADO A SEÇÃO DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO NO PRAZO DE ATÉ O PRIMEIRO DIA ÚTIL SEGUINTE AO DIA DA OCORRÊNCIA, SEM RASURAS, DEVIDAMENTE ASSINADO E DATADO. QUAL ATIVIDADE O (A) SERVIDOR (A) EXERCIA NO MOMENTO DO OCORRIDO E EM QUAIS CONDIÇÕES OCORRERAM OS FATOS RELATADOS? QUEM DETERMINOU OU AUTORIZOU O SERVIÇO? FOI ORIENTADO (A) PELA CHIEFIA IMEDIATA PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO? () SIM () NÃO PARTE DO CORPO ATINGIDA: SEM AFASTAMENTO () UTILIZAVA EPI ADEQUADO? () SIM () NÃO ESPECIFICAR: EXISTIA PREVENÇÃO COLETIVA? () 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 ()	SNO											
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): ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA: MATRÍCULA: DATA: ATENÇÃO: O RIAT DEVE SER ENCAMINHADO A SEÇÃO DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO NO PRAZO DE ATÉ O PRIMEIRO DIA ÚTIL SEGUINTE AO DIA DA OCORRÊNCIA, SEM RASURAS, DEVIDAMENTE ASSINADO E DATADO. QUAL ATIVIDADE O (A) SERVIDOR (A) EXERCIA NO MOMENTO DO OCORRIDO E EM QUAIS CONDIÇÕES OCORRERAM OS FATOS RELATADOS? QUEM DETERMINOU OU AUTORIZOU O SERVIÇO? FOI ORIENTADO (A) PELA CHIEFIA IMEDIATA PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO? () SIM () NÃO PARTE DO CORPO ATINGIDA: SEM AFASTAMENTO () UTILIZAVA EPI ADEQUADO? () SIM () NÃO ESPECIFICAR: EXISTIA PREVENÇÃO COLETIVA? () 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 ()	SPC											
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): ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA: MATRÍCULA: DATA: ATENÇÃO: O RIAT DEVE SER ENCAMINHADO A SEÇÃO DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO NO PRAZO DE ATÉ O PRIMEIRO DIA ÚTIL SEGUINTE AO DIA DA OCORRÊNCIA, SEM RASURAS, DEVIDAMENTE ASSINADO E DATADO. QUAL ATIVIDADE O (A) SERVIDOR (A) EXERCIA NO MOMENTO DO OCORRIDO E EM QUAIS CONDIÇÕES OCORRERAM OS FATOS RELATADOS? QUEM DETERMINOU OU AUTORIZOU O SERVIÇO? FOI ORIENTADO (A) PELA CHIEFIA IMEDIATA PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO? () SIM () NÃO PARTE DO CORPO ATINGIDA: SEM AFASTAMENTO () UTILIZAVA EPI ADEQUADO? () SIM () NÃO ESPECIFICAR: EXISTIA PREVENÇÃO COLETIVA? () 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 ()	RE											
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): ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA: MATRÍCULA: DATA: ATENÇÃO: O RIAT DEVE SER ENCAMINHADO A SEÇÃO DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO NO PRAZO DE ATÉ O PRIMEIRO DIA ÚTIL SEGUINTE AO DIA DA OCORRÊNCIA, SEM RASURAS, DEVIDAMENTE ASSINADO E DATADO. QUAL ATIVIDADE O (A) SERVIDOR (A) EXERCIA NO MOMENTO DO OCORRIDO E EM QUAIS CONDIÇÕES OCORRERAM OS FATOS RELATADOS? QUEM DETERMINOU OU AUTORIZOU O SERVIÇO? FOI ORIENTADO (A) PELA CHIEFIA IMEDIATA PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO? () SIM () NÃO PARTE DO CORPO ATINGIDA: SEM AFASTAMENTO () UTILIZAVA EPI ADEQUADO? () SIM () NÃO ESPECIFICAR: EXISTIA PREVENÇÃO COLETIVA? () 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 ()	ŠÃO											
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): ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA: MATRÍCULA: DATA: ATENÇÃO: O RIAT DEVE SER ENCAMINHADO A SEÇÃO DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO NO PRAZO DE ATÉ O PRIMEIRO DIA ÚTIL SEGUINTE AO DIA DA OCORRÊNCIA, SEM RASURAS, DEVIDAMENTE ASSINADO E DATADO. QUAL ATIVIDADE O (A) SERVIDOR (A) EXERCIA NO MOMENTO DO OCORRIDO E EM QUAIS CONDIÇÕES OCORRERAM OS FATOS RELATADOS? QUEM DETERMINOU OU AUTORIZOU O SERVIÇO? FOI ORIENTADO (A) PELA CHIEFIA IMEDIATA PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO? () SIM () NÃO PARTE DO CORPO ATINGIDA: SEM AFASTAMENTO () UTILIZAVA EPI ADEQUADO? () SIM () NÃO ESPECIFICAR: EXISTIA PREVENÇÃO COLETIVA? () 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 ()	Z											
TESTEMUNHA 1: TESTEMUNHA 2: ENDEREÇO ACHEFIA IMEDIATA ORIENTA E FISCALIZA O USO DO EPI? ASS. ENDEREÇO ACHEFIA IMEDIATA ORIENTA E FISCALIZA O USO DO EPI? ASSINATURA DO (A) SERVIDOR (A): ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA: MATRÍCULA: DATA: ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA: MATRÍCULA: DATA: MA												
TESTEMUNHA 1: TESTEMUNHA 2: ENDEREÇO ACHEFIA IMEDIATA ORIENTA E FISCALIZA O USO DO EPI? ASS. ENDEREÇO ACHEFIA IMEDIATA ORIENTA E FISCALIZA O USO DO EPI? ASSINATURA DO (A) SERVIDOR (A): ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA: MATRÍCULA: DATA: ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA: MATRÍCULA: DATA: MA												
TESTEMUNHA 1: ENDEREÇO TESTEMUNHA 2: ENDEREÇO A CHEFIA IMEDIATA ORIENTA E FISCALIZA O USO DO EPI? A CHEFIA IMEDIATA ORIENTA E FISCALIZA O USO DO EPI? A CHEFIA IMEDIATA ORIENTA E FISCALIZA O USO DO EPI? A CHEFIA IMEDIATA ORIENTA E FISCALIZA O USO DO EPI? ACHEFIA IMEDIATA ORIENTA E FISCALIZA O USO DO EPI? ACHEFIA IMEDIATA ORIENTA E FISCALIZA O USO DO EPI? ACHEFIA IMEDIATA ORIENTA DO (A) SERVIDOR (A): ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA: DATA: DATA: DATA: DATA: MATRÍCULA: MATRÍCULA: DATA: MATRÍCULA: MATRÍC												
ENDEREÇO TESTEMUNHA 2: ENDEREÇO A CHEFIA IMEDIATA ORIENTA E FISCALIZA O USO DO EPI? A CHEFIA IMEDIATA ORIENTA E FISCALIZA O USO DO EPI? ASSINATURA DO (A) SERVIDOR (A): ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA: ATENÇÃO: O RIAT DEVE SER ENCAMINHADO A SEÇÃO DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO NO PRAZO DE ATÉ O PRIMEIRO DIA ÚTIL SEGUINTE AO DIA DA OCORRÊNCIA, SEM RASURAS, DEVIDAMENTE ASSINADO E DATADO. QUAL ATIVIDADE O (A) SERVIDOR (A) EXERCIA 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 PARTE DO CORPO ATINGIDA: COM AFASTAMENTO () UTILIZAVA EPI ADEQUADO? () SIM () NÃO ESPECIFICAR: EXISTIA PREVENÇÃO COLETIVA? () SIM () NÃO ESPECIFICAR: INSTRUÇÕES PORNECIDAS POR: () SEG. DO TRABALHO () MEDICINA DO TRABALHO () CHEFIA IMEDIATA () OUTROS SOFREU ACIDENTES ANTERIORES: () SIM () NÃO () COM AFASTAMENTO () SEM AFASTAMEN		(ANEXAR FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO REFEI	RENTI	E AO 1º ATENDIMI	ENTO A	PÓS O OCORRIDO)						
TESTEMÚNHA 2: ENDEREÇO A CHEFIA IMEDIATA ORIENTA E FISCALIZA O USO DO EPI? ASSINATURA DO (A) SERVIDOR (A): ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA: MATRÍCULA: DATA: DATA: DATA: DATA: DATA: DATA: ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA: MATRÍCULA: DATA: DATADO: OUAL ATIVIDADE O (A) SERVIDOR (A) EXERCIA NO MOMENTO DO OCORRIDO E EM QUAIS CONDIÇÕES OCORRERAM OS FATOS RELATADOS? OUAL ATIVIDADE O (A) PELA CHEFIA IMEDIATA PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO? () SIM () NÃO PARTE DO CORPO ATINGIDA: COM AFASTAMENTO () UTILIZAVA EPI ADEQUADO? () SIM () NÃO 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 (TESTEMUNHA 1:		MAT.:		ASS.						
ENDEREÇO A CHEFIA IMEDIATA ORIENTA E FISCALIZA O USO DO EPI? () SIM () NÃO ASSINATURA DO (A) SERVIDOR (A): ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA: MATRÍCULA: DATA: DATA: DATA: MATRÍCULA: DATA: DATA: DATA: MATRÍCULA: DATA: DATA: DATA: MATRÍCULA: DATA: DATA		ENDEREÇO				TEL.:						
A CHEFIA IMEDIATA ORIENTA E FISCALIZA O USO DO EPI? () SIM () NÃO ASSINATURA DO (A) SERVIDOR (A): ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA: MATRÍCULA: DATA: JOATA: MATRÍCULA: DATA: JOATA: MATRÍCULA: JOATA: JOATA: MATRÍCULA: JOATA:		TESTEMUNHA 2:		MAT.:		ASS.						
A CHEFIA IMEDIATA ORIENTA E FISCALIZA O USO DO EPI? () SIM () NÃO ASSINATURA DO (A) SERVIDOR (A): ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA: ATENÇÃO: O RIAT DEVE SER ENCAMINHADO A SEÇÃO DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO NO PRAZO DE ATÉ O PRIMEIRO DIA ÚTIL SEGUINTE AO DIA DA OCORRÊNCIA, SEM RASURAS, DEVIDAMENTE ASSINADO E DATADO. QUAL ATIVIDADE O (A) SERVIDOR (A) EXERCIA 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 PARTE DO CORPO ATINGIDA: COM AFASTAMENTO () UTILIZAVA EPI ADEQUADO? () SIM () NÃO ESPECIFICAR: EXISTIA PREVENÇÃO COLETIVA? () SIM () NÃO ESPECIFICAR: INSTRUÇÕES FORNECIDAS POR: () SEG. DO TRABALHO () MEDICINA DO TRABALHO () CHEFIA IMEDIATA () OUTROS SOFREU ACIDENTES ANTERIORES: () SIM () NÃO () COM AFASTAMENTO () SEM AFASTAMENTO ()		ENDEREÇO		1		TEL.:						
ATENÇÃO: O RIAT DEVE SER ENCAMINHADO A SEÇÃO DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO NO PRAZO DE ATÉ O PRIMEIRO DÍA ÚTIL SEGUINTE AO DÍA DA OCORRÊNCIA, SEM RASURAS, DEVIDAMENTE ASSINADO E DATADO. QUAL ATIVIDADE O (A) SERVIDOR (A) EXERCIA NO MOMENTO DO OCORRIDO E EM QUAIS CONDIÇÕES OCORRERAM OS FATOS RELATADOS? QUEM DETERMINOU OU AUTORIZOU O SERVIÇO? FOI ORIENTADO (A) PELA CHEFÍA IMEDIATA PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO? () SIM () NÃO PARTE DO CORPO ATINGIDA: QUEM DETERMINOU OU AUTORIZOU O SERVIÇO? FOI ORIENTADO (A) PELA CHEFÍA IMEDIATA PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO? () SIM () NÃO PARTE DO CORPO ATINGIDA: QUEM DETERMINOU OU AUTORIZOU O SERVIÇO? FOI ORIENTADO (A) PELA CHEFÍA IMEDIATA PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO? () SIM () NÃO PARTE DO CORPO ATINGIDA: QUEM DETERMINOU OU AUTORIZOU O SERVIÇO? FOI ORIENTADO (A) PELA CHEFÍA IMEDIATA PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO? () SIM () NÃO PARTE DO CORPO ATINGIDA: QUEM DETERMINOU OU AUTORIZOU O SERVIÇO? FOI ORIENTADO (A) PELA CHEFÍA IMEDIATA () SIM () NÃO ESPECIFICAR: RECEBEU INSTRUÇÕES DE SEGURANÇA: () SIM () NÃO () GERAL () ESPECÍFICA INSTRUÇÕES FORNECIDAS POR: () SEG. DO TRABALHO () MEDICINA DO TRABALHO () CHEFÍA IMEDIATA () OUTROS SOFREU ACIDENTES ANTERIORES: () SIM () NÃO () COM AFASTAMENTO () SEM AFASTAMENTO		,	EPI?	() SIM () ì	NÃO	,						
ATENÇÃO: O RIAT DEVE SER ENCAMINHADO A SEÇÃO DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO NO PRAZO DE ATÉ O PRIMEIRO DÍA ÚTIL SEGUINTE AO DÍA DA OCORRÊNCIA, SEM RASURAS, DEVIDAMENTE ASSINADO E DATADO. QUAL ATIVIDADE O (A) SERVIDOR (A) EXERCIA NO MOMENTO DO OCORRIDO E EM QUAIS CONDIÇÕES OCORRERAM OS FATOS RELATADOS? QUEM DETERMINOU OU AUTORIZOU O SERVIÇO? FOI ORIENTADO (A) PELA CHEFÍA IMEDIATA PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO? () SIM () NÃO PARTE DO CORPO ATINGIDA: QUEM DETERMINOU OU AUTORIZOU O SERVIÇO? FOI ORIENTADO (A) PELA CHEFÍA IMEDIATA PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO? () SIM () NÃO PARTE DO CORPO ATINGIDA: QUEM DETERMINOU OU AUTORIZOU O SERVIÇO? FOI ORIENTADO (A) PELA CHEFÍA IMEDIATA PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO? () SIM () NÃO PARTE DO CORPO ATINGIDA: QUEM DETERMINOU OU AUTORIZOU O SERVIÇO? FOI ORIENTADO (A) PELA CHEFÍA IMEDIATA PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO? () SIM () NÃO PARTE DO CORPO ATINGIDA: QUEM DETERMINOU OU AUTORIZOU O SERVIÇO? FOI ORIENTADO (A) PELA CHEFÍA IMEDIATA () SIM () NÃO ESPECIFICAR: RECEBEU INSTRUÇÕES DE SEGURANÇA: () SIM () NÃO () GERAL () ESPECÍFICA INSTRUÇÕES FORNECIDAS POR: () SEG. DO TRABALHO () MEDICINA DO TRABALHO () CHEFÍA IMEDIATA () OUTROS SOFREU ACIDENTES ANTERIORES: () SIM () NÃO () COM AFASTAMENTO () SEM AFASTAMENTO	ASS											
ATENÇÃO: O RIAT DEVE SER ENCAMINHADO A SEÇÃO DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO NO PRAZO DE ATÉ O PRIMEIRO DIA ÚTIL SEGUINTE AO DIA DA OCORRÊNCIA, SEM RASURAS, DEVIDAMENTE ASSINADO E DATADO. QUAL ATIVIDADE O (A) SERVIDOR (A) EXERCIA 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 PARTE DO CORPO ATINGIDA: COM AFASTAMENTO () 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 AFASTA						DATA						
QUEM DETERMINOU OU AUTORIZOU O SERVIÇO? FOI ORIENTADO (A) PELA CHEFIA IMEDIATA PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO? () SIM () NÃO PARTE DO CORPO ATINGIDA: COM AFASTAMENTO () UTILIZAVA EPI ADEQUADO? () 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 () SEM AFASTAMENTO () SEM AFASTAMENTO () OUTROS SOFREU ACIDENTES ANTERIORES: () SIM () NÃO () COM AFASTAMENTO () SEM AFASTAMENTO () SE	ASS	SINATURA E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA:		MATRÍCULA:		DATA:						
QUEM DETERMINOU OU AUTORIZOU O SERVIÇO? FOI ORIENTADO (A) PELA CHEFIA IMEDIATA PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO? () SIM () NÃO PARTE DO CORPO ATINGIDA: COM AFASTAMENTO () UTILIZAVA EPI ADEQUADO? () 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 () SEM AFASTAMENTO () SEM AFASTAMENTO () OUTROS SOFREU ACIDENTES ANTERIORES: () SIM () NÃO () COM AFASTAMENTO () SEM AFASTAMENTO () SE												
QUEM DETERMINOU OU AUTORIZOU O SERVIÇO? FOI ORIENTADO (A) PELA CHEFIA IMEDIATA PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO? () SIM () NÃO PARTE DO CORPO ATINGIDA: COM AFASTAMENTO () UTILIZAVA EPI ADEQUADO? () 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 () SEM AFASTAMENTO () SEM AFASTAMENTO () OUTROS SOFREU ACIDENTES ANTERIORES: () SIM () NÃO () COM AFASTAMENTO () SEM AFASTAMENTO () SE												
QUAL ATIVIDADE O (A) SERVIDOR (A) EXERCIA 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 PARTE DO CORPO ATINGIDA: COM AFASTAMENTO () 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												
QUAL ATIVIDADE O (A) SERVIDOR (A) EXERCIA 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 PARTE DO CORPO ATINGIDA: COM AFASTAMENTO () 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			RREN	<u>ICIA</u> , SEM RASUR.	AS, DEV	VIDAMENTE ASSINADO E						
OCORRERAM OS FATOS RELATADOS? QUEM DETERMINOU OU AUTORIZOU O SERVIÇO? FOI ORIENTADO (A) PELA CHEFIA IMEDIATA PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO? () SIM () NÃO PARTE DO CORPO ATINGIDA: COM AFASTAMENTO () 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						2010112						
QUEM DETERMINOU OU AUTORIZOU O SERVIÇO? FOI ORIENTADO (A) PELA CHEFIA IMEDIATA PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO? () SIM () NÃO PARTE DO CORPO ATINGIDA: COM AFASTAMENTO () 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			O MC	OMENTO DO OCOL	RRIDO	E EM QUAIS CONDIÇOES						
QUEM DETERMINOU OU AUTORIZOU O SERVIÇO? FOI ORIENTADO (A) PELA CHEFIA IMEDIATA PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO? () SIM () NÃO PARTE DO CORPO ATINGIDA: COM AFASTAMENTO () 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	H	OCORRERAM OS FATOS RELATADOS?										
QUEM DETERMINOU OU AUTORIZOU O SERVIÇO? FOI ORIENTADO (A) PELA CHEFIA IMEDIATA PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO? () SIM () NÃO PARTE DO CORPO ATINGIDA: COM AFASTAMENTO () 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	3A.I											
QUEM DETERMINOU OU AUTORIZOU O SERVIÇO? FOI ORIENTADO (A) PELA CHEFIA IMEDIATA PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO? () SIM () NÃO PARTE DO CORPO ATINGIDA: COM AFASTAMENTO () 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	₹.											
PARTE DO CORPO ATINGIDA: COM AFASTAMENTO () UTILIZAVA EPI ADEQUADO? () SIM () NÃO												
PARTE DO CORPO ATINGIDA: COM AFASTAMENTO () UTILIZAVA EPI ADEQUADO? () SIM () NÃO	DC											
PARTE DO CORPO ATINGIDA: COM AFASTAMENTO () UTILIZAVA EPI ADEQUADO? () SIM () NÃO	ΙĆΑ											
PARTE DO CORPO ATINGIDA: COM AFASTAMENTO () UTILIZAVA EPI ADEQUADO? () SIM () NÃO	XX.											
PARTE DO CORPO ATINGIDA: COM AFASTAMENTO () UTILIZAVA EPI ADEQUADO? () SIM () NÃO	JU.	QUEM DETERMINOU OU AUTORIZOU O SERVIÇO?										
PARTE DO CORPO ATINGIDA: COM AFASTAMENTO () UTILIZAVA EPI ADEQUADO? () SIM () NÃO	EC	FOI ORIENTADO (A) PELA CHEFIA IMEDIATA PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO? () SIM () NÃO										
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		PARTE DO CORPO ATINGIDA:	Α	AGENTE CAUSADO	R:	. ,						
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°:) D	COM AFASTAMENTO ()	SEM A	AFASTAMENTO ()								
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°:	\geq		ESPEC	CIFICAR:								
RECEBEU INSTRUÇÕES DE SEGURANÇA: () SIM () NAO () GERAL () ESPECIFICA 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°:		EXISTIA PREVENÇÃO COLETIVA? () SIM () NÃO	FSPF(CIFICAR:								
() 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°:	. 7											
SOFREU ACIDENTES ANTERIORES: () SIM () NÃO () COM AFASTAMENTO () SEM AFASTAMENTO () REGISTRO DE B.O N°:	\mathbf{C}	RECEBEU INSTRUÇÕES DE SEGURANÇA: () SIM () ESPI	ECÍFICA						
REGISTRO DE CAT N°.: REGISTRO DE B.O N°:	EXCI	RECEBEU INSTRUÇÕES DE SEGURANÇA: () SIM (INSTRUÇÕES FORNECIDAS POR:) NÃC) () GERAL (
	SO EXCI	RECEBEU INSTRUÇÕES DE SEGURANÇA: () SIM (INSTRUÇÕES FORNECIDAS POR: () SEG. DO TRABALHO () MEDICINA DO TRABALHO) NÃC) (O () GERAL (THEFIA IMEDIATA (OUT	ROS						

	PARECER TÉCNICO DA SEGURANO	ÇA DO TRABALHO:							
0									
TH.									
\B A									
IR/									
0									
[A]	TÍPICO ()	DE TRAJETO ()	DOENCA DO	O TRABALHO	OU PROFISSIONAL ()				
ANG.	ATO INSEGURO ()	CONDIÇÃO INSEGURA (FATOR PES	` ′				
J. J.	TÉCNICO (A) DE SEGURANÇA DO		MAT.:	ASSINATUR	RA:				
USO EXCLUSIVO DA SEGURANÇA DO TRABALHO	ENGENHEIRO (A) DE SEGURANÇA DO TRABALHO:		MAT.:	ASSINATUR	RA:				
0 D	REABERTURA DO RIAT:								
SIV	DATA DA QUEIXA://		FUNÇÃO A	ΓUAL:					
LU									
XC	MOTIVO DA REABERTURA:								
0 E									
CS									
	ACID. C/ MATERIAL BIOLÓGICO? () SIM () NÃO TESTE RÁPIDO? () SIM ()NÃO								
40	POGGHI GAPTÃO DE MAGDIAN () OD (/) NÃO								
USO EXCLUSIVO DA ENFERMAGEM HO	PARECER TÉCNICO ENFERMEIRO	DO TRABALHO:							
SIV									
(LU)									
EXC ERN									
53 E									
	HOUVE LESÃO: () SIM ()NÃO	OBS.: Se não houve lesão o							
(não houve acidente, não emitir CAT) DESCRIÇÃO E NATUREZA DA LESÃO:									
	LOCAL DA LESÃO:		CID.:						
НО	TRATAMENTO APLICADO:				1				
AL		DIAS EM OBSERVA		` /	M TRATAMENTO: ()				
KAB	DATA DO AFASTAMENTO:/		TA DA ALTA	MÉDICA:	/				
TI (DIAGNÓSTICO/ PARECER MÉDICO DO TRABALHO:								
) DC									
100									
ÉD									
M C									
NS									
FOS									
TRATAMENTO APLICADO: DIAS DE AFASTAMENTO: DIAS EM OBSERVAÇÃO MÉDICA: () EM TRATAMENTO DATA DO AFASTAMENTO: / DATA DA ALTA MÉDICA: / DIAGNÓSTICO/ PARECER MÉDICO DO TRABALHO: DIAGNÓSTICO/PARECER TÉCNICO MÉDICO DO TRABALHO EM CASO DE REABERTURA:									
	ASS. MÉDICO DO TRABALHO/CRM	: ASS. DO (A) SERVID	OOR (A):		DATA:				