



Código: SEGTRAB – 03

RAT
RELATÓRIO DE ACIDENTE DE TRABALHO

1- Informações do Acidentado		
1.1 – Nome completo	1.2 – Matrícula	1.3 – Data de nascimento
1.4 – Nome da mãe completo	1.5 – Estado Civil	1.6 – Sexo
1.7 – Grau de instrução	1.8 – Remuneração	1.9 – PIS / PASEP / NIT
1.10 – Endereço	1.11 – Bairro	1.12 – CEP
1.13 – Estado	1.14 – Município	1.15 – Telefone
1.16 – Identidade	1.17 – CBO (cargo do funcionário)	
1.18 – CAP/ UPA / Projeto	1.19 – Nome da Unidade	
2 – Informações do Acidente		
2.1 – Data do Acidente	2.2 – Hora do Acidente	2.3 – Horas trabalhadas
2.4 – Especificação do local (unidade, setor, via pública, endereço, rua, descrição detalhada)		
2.5 – Tipo: () Típico – (Acidente no trabalho) () Doença – (Ocupacional) () Trajeto	2.6 – Houve afastamento? Se sim quantos dias?	2.7 – Houve registro Policial? () Não () Sim – Nº do registro
2.8 – Município do acidente	2.9 – Parte lesionada	
2.10 – Agente causador	2.11 – Situação geradora	
2.12 – Testemunhas (quando houver)		
Nome	Telefone	Endereço



Código: SEGTRAB – 03

RAT
RELATÓRIO DE ACIDENTE DE TRABALHO



3 – Relato do acidente pelo profissional acidentado (em letra de forma de forma legível):

4 – Informações do atendimento médico

4.1 – Local do atendimento médico

4.2 – Data

4.3 – Hora

4.4 – Com afastamento() Quantos dias ? ()
Sem afastamento()

4.5 – CID – (Classificação internacional de doenças)
Obs: Necessário para a emissão da CAT.

4.6 – Nome do médico

4.7 – CRM (carimbo com assinatura)

4.8 – Natureza da Lesão

4.9 – Observações:

IMPORTANTE: Deve ser anexado ao RAT o Atestado Médico(com CID) ou o Atestado de Comparecimento(com CID).

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 201 ____.

Assinatura do Gerente e Carimbo

Assinatura do Acidentado



Código: SEGTRAB – 03

RAT
RELATÓRIO DE ACIDENTE DE TRABALHO**INSTRUÇÃO DE PREENCHIMENTO DO RAT****Obs: Não é necessário anexar e enviar as páginas da Instrução do RAT.**

1.1 - Nome	Nome do profissional acidentado.
1.2 - Matrícula	Matrícula do acidentado.
1.3 - Data de nascimento	Data de nascimento do profissional acidentado.
1.4- Nome da mãe do acidentado	Nome completo da mãe do profissional acidentado.
1.5 - Estado civil	Estado civil do profissional acidentado. Ex: Casado, Solteiro, Viúvo, etc.
1.6- Sexo	Sexo do profissional acidentado. Ex: Masculino ou Feminino.
1.7- Grau de instrução	Grau de escolaridade do profissional acidentado* Ex: ensino Superior, médio, primário, completo ou incompleto.
1.8 - Renumeração	Salário do profissional acidentado.
1.9 - PIS	Número do PIS do profissional acidentado.
1.10- Endereço	Endereço residencial do profissional acidentado.
1.11 - Bairro	Bairro onde reside o profissional acidentado.
1.12 - CEP	Código de endereçamento do funcionário acidentado.
1.13 - Estado	Estado onde o profissional acidentado reside.
1.14 - Município	Município onde o profissional acidentado reside.
1.15 - Telefone	Telefone de contato do profissional acidentado.
1.16 - Identidade	Número da identidade do funcionário.
1.17- C.B.O	Classificação Brasileira de Ocupação do profissional acidentado * ex: Nº 322205 Cargo de Tec. de Enfermagem.
1.18- CAP/ UPA / Projeto	Ex: 2.1 / 3.1 / 3.3 / UPA / Crack / Bio Rio
1.19- Nome da Unidade	Colocar o nome da unidade ex: CF / SMS / CAPs / Casa Crack
2 - Informações do acidente	Informações relacionadas ao evento ocorrido.
2.1 - Data do acidente	Data que ocorreu o acidente.
2.2 - Hora do Acidente	Horário que ocorreu o acidente.
2.3 - Horas trabalhadas	Informar o número de horas decorridas desde o início da jornada de trabalho até o momento do acidente. No caso de doença, o campo deverá ficar em branco. Ex: Início das atividades às 8 horas, acidentes às 10 horas, horas trabalhadas = 2 horas.
2.4 - Especificação do local	Informar de maneira clara e precisa o local onde ocorreu o acidente. Exemplo: pátio, rampa de acesso, posto de trabalho, nome da rua, etc.



Código: SEGTRAB – 03

RAT
RELATÓRIO DE ACIDENTE DE TRABALHO

2.5 - Tipo	Informar tipo de acidente, 1 para típico, 2 para doença e 3 para trajeto.
2.6 - Houve afastamento	Informar se houve ou não afastamento do trabalho.
2.7- Houve registro Policial	Informar se houve ou não registro policial
2.8 - Município do acidente	Informar o nome do município onde ocorreu o acidente ou a doença ocupacional.
2.9- Parte lesionada	Para acidente do trabalho: deverá ser informada a parte do corpo diretamente atingida pelo agente causador. Para doenças profissionais, do trabalho, ou equiparadas informar o órgão ou sistema lesionado
2.10- Agente Causador	Agente que causou a lesão, isto é, material perfuro cortante, escada, veículo motorizado, calçada, etc.
2.11- Situação Geradora	Situação em que ocorreu a lesão, isto é, queda de mesmo nível, ferimento por agulha, impacto sofrido, etc.
2.12 - Testemunhas	Nome, Função, Telefone e Assinatura de Testemunhas, quando houver.
3.0 - Relato do acidente	Relato de forma simples e objetivo realizado por parte do profissional acidentado.
4- Informações do Atendimento médico	Informações relacionadas ao atendimento recebido pelo profissional acidentado.
4.1 - Local de Atendimento	Local onde o profissional acidentado recebeu atendimento médico para tratar a lesão
4.2 - Data	Data do atendimento (deve ser realizado no mesmo dia do acidente)
4.3 - Hora	Horário do atendimento
4.4 - Com ou Sem afastamento	Com ou Sem Afastamento do trabalho, e quantos dias?
4.5 - CID-10	Classificação Internacional de Doenças. * O médico é obrigado a fornecer, se solicitado pelo paciente. RESOLUÇÃO CFM nº 1.819/2007 (Publicada no D.O.U. 22 maio 2007, Seção I, pg. 71)" Para a emissão do CAT este campo é imprescindível.
4.6 - Nome do médico	Nome do médico que atendeu o profissional acidentado.
4.7 - CRM	Número do CRM e assinatura do médico que atendeu o profissional acidentado.
4.8 - Natureza da lesão	Fazer relato claro e sucinto, informando a natureza, tipo da lesão e/ou quadro clínico da doença, citando a parte do corpo atingida, sistemas ou aparelhos.
4.9 - Observações	Citar qualquer tipo de informação médica adicional, como condições patológicas pré-existent, se há compatibilidade entre o estágio evolutivo das lesões e a data do acidente declarada, se há recomendação especial para permanência no trabalho, etc.
Assinatura do Gerente e Carimbo	O Gerente da unidade ou Gestor do Projeto deverá assinar e carimbar.
Assinatura do Acidentado	O acidentado deve assinar a RAT, não impossibilidade do acidentado um representante do acidentado poderá assinar. Este representante pode ser um parente que está cuidando da documentação do acidentado.