RAT

RELATÓRIO DE ACIDENTE DE TRABALHO

Conforme dispõe o **art. 22 da Lei nº 8.213/91**, o Gestor da unidade deverá comunicar o acidente para o setor de Segurança do Trabalho e Medicina Ocupacional em até 1 (Um) dia útil após a ocorrência e de Imediato em caso de Óbito. A não comunicação incorre em infrações, passiveis de multa R$ 545,00 a R$ 3.689,66.

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 –**CBO (Cargo funcionário)**
1.10 –**Endereço**	1.11 – **Bairro**	1.12 –**CEP**
1.13 –**Município**	1.14 – **Estado**	1.15 – **Telefone**
1.16 – **Identidade**	1.17 – **CAP/ UPA / Hospital / Projeto**	
1.18 – **CPF**	1.19 – **Nome da Unidade**	

2 – **Informações do Acidente**		
2.1 –**Data do Acidente**	2.2 –**Hora do Acidente**	2.3 – **Após quantas Horas trabalhadas**
2.4 –**Especificação do local (unidade, setor, via pública, endereço, rua, descrição detalhada)**		

2.5 –**Tipo:** ( ) **Típico – (Acidente no trabalho)** ( ) **Trajeto**	2.6 – **Houve Internação pós acidente?** ( ) **Sim** ( ) **Não**	2.7 – **Houve registro Policial?** ( ) **Não** ( ) **Sim – Nº do registro**
2.8 – Município do acidente	2.9 – **Parte do corpo atingida** (Lateralidade quando houver, direita ou esquerda)	
2.10 – **Agente causador**	2.11 – **Situação geradora**	

RAT

RELATÓRIO DE ACIDENTE DE TRABALHO

2.12 – **Testemunhas (quando houver)**

Nome	**Telefone**	**Endereço**

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)** Necessário para a comunicação junto ao INSS(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).

_____, _____ de_____de 20____.
(Cidade)

_____ _____

Assinatura do Gestor da unidade e Carimbo

Assinatura do Acidentado

RAT

RELATÓRIO DE ACIDENTE DE TRABALHO

ESTA PARTE É EXCLUSIVA DO SESMT(SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO), não é necessário imprimir a partir desta página o RAT pela a unidade

<table>
<tr><td colspan="3">5- Investigação do Acidente/Incidente pela Equipe do SESMT</td></tr>
<tr><td colspan="3">5.1 Descrição do apurado</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">5.2 Nome Resp. pela apuração:</td></tr>
<tr><td colspan="3">5.3 Imagem/foto/ outros documentos necessários para a investigação</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">5.4 Conclusão do Acidente</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">5.5 Ações Proposta</td><td>5.6 Prazo para execução</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td>5.7 Acidente/Incidente caracterizado?</td><td colspan="2">( ) Sim ( ) Não</td></tr>
<tr><td>5.8 Data do termino da investigação:

_____/_____/_____</td><td colspan="2">5.9 Carimbo e Assinatura do Resp. da Investigação</td></tr>
</table>

RAT

RELATÓRIO DE ACIDENTE DE TRABALHO

INSTRUÇÃO DE PREENCHIMENTO DO RAT

Obs: Não é necessário anexar e enviar as páginas abaixo 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 - CBO	Classificação Brasileira de Ocupação do profissional acidentado * ex: Nº 322205 Cargo de Tec. de Enfermagem.
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 - Município	Município onde o profissional acidentado reside.
1.14 - Estado	Estado onde o profissional acidentado reside.
1.15 - Telefone	Telefone de contato do profissional acidentado.
1.16 - Identidade	Número da identidade do funcionário.
1.17- CAP/ UPA / Projeto	Ex: 2.2 ou 3.1 ou 5.2 ou UPA Nova Friburgo ou Hospital Mun. Albert Schweitzer
1.18 - CPF	Número do CPF do profissional acidentado.
1.19- Nome da Unidade	Colocar o nome da unidade ex: CMS Heitor Beltrão..... / CF ..... / CAPs ..... / Hosp. Municipal.....

RAT

RELATÓRIO DE ACIDENTE DE TRABALHO

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 – Após quantas 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.
2.5 - Tipo	Informar tipo de acidente, 1 para típico, 2 para doença e 3 para trajeto.
2.6 - Houve internação pós acidente	Informar se houve ou não internação após o acidente.
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 do Corpo 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 que causou 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.

RAT

RELATÓRIO DE ACIDENTE DE TRABALHO

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)" **Mas para atender a uma obrigação legal para emissão do Comunicado de Acidente de Trabalho(CAT) junto ao INSS 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-existentes, 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 Gestor da unidade e Carimbo	O Gestor 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.
5.0	**A partir do item 5.0 o preenchimento é exclusivo do SESMT**