



SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
SEMAD

REGISTRO INTERNO DE ACIDENTE/DOENÇA DO
TRABALHO - RIADT

RG-001-
DESSO

Revisão: 01
Data: 06/04/2022



ACIDENTE DO TRABALHO	Pessoal <input type="checkbox"/>	Impessoal <input type="checkbox"/>	Trajeta <input type="checkbox"/>	DOENÇA OCUPACIONAL <input type="checkbox"/>
----------------------	----------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	---

SECRETARIA:	<input type="text"/>	Departamento:	<input type="text"/>
-------------	----------------------	---------------	----------------------

Identificador da Ocorrência:	<input type="text"/>	Matricula:	<input type="text"/>	Chefia Imediata:	<input type="text"/>	Matricula:	<input type="text"/>
------------------------------	----------------------	------------	----------------------	------------------	----------------------	------------	----------------------

Data da ocorrência:	<input type="text"/>	Hora:	<input type="text"/>	Local:	<input type="text"/>
---------------------	----------------------	-------	----------------------	--------	----------------------

Testemunha(s)?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Acionado SAMU?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Acionado DMTT?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Testemunha:	<input type="text"/>	Contato:	<input type="text"/>	Testemunha:	<input type="text"/>	Contato:	<input type="text"/>

DADOS DO SERVIDOR ENVOLVIDO NA OCORRÊNCIA

Nome:	<input type="text"/>	Cargo/Função:	<input type="text"/>
-------	----------------------	---------------	----------------------

Matricula	<input type="text"/>	contato	<input type="text"/>	Vinculo: Efetivo(<input type="checkbox"/>) Contratado(<input type="checkbox"/>)
-----------	----------------------	---------	----------------------	--

DESCRIÇÃO INICIAL DO EVENTO

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

AÇÕES IMEDIATAS QUE FORAM ADOTADAS

Ação	Executante	Ação	Executante
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS DE ACORDO COM A OCORRÊNCIA

1 - Folha de Ponto ou escala <input type="checkbox"/>	2 - Atestado médico com CID (Original), caso haja afastamento. <input type="checkbox"/>	3 - Ficha de Atendimento Hospitalar <input type="checkbox"/>	4 - Prontuário internação <input type="checkbox"/>
5 - Perícia do DMTT <input type="checkbox"/>	6 - Boletim de ocorrência policial <input type="checkbox"/>	7 - CNH (Quando Aplicável) <input type="checkbox"/>	

 Pessoal:	1, 2, 3	Trajeto:	1, 2, 3, 5, 6, 7	Doença Ocupacional:	1, 2, 4
---	---------	----------	------------------	---------------------	---------

Data da comunicação:	<input type="text"/>	Recebido do DESSO	<input type="text"/>	Hora:	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	-------------------	----------------------	-------	----------------------

Chefia Imediata (assinatura)	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>
------------------------------	----------------------	------	----------------------

ATENÇÃO:

01-Toda comunicação de ocorrência deve ser imediata; 02-O Registro da ocorrência é de responsabilidade da chefia imediata, assim com a notificação ao Departamento de Segurança e Saúde-DESSO através de memorando encaminhando este registro com seus anexos; 03-Depois atendimento médico, encaminhar servidor a medicina DESSO.