



Apêndice – Registro de Acidentes e
Incidentes sem danos de Trânsito em
Intervenções (RAT)

Tipologia:

() Acidente () Incidente sem Danos

Dia ___/___/___ Hora: ___:___ Dia da semana: _____

Município: _____ UF: ___ Rodovia: ___ Km: _____

Latitude: _____ Longitude: _____

Tipo de Acidente:

<input type="checkbox"/>	1 - Atropelamento	<input type="checkbox"/>	7 - Colisão lateral
<input type="checkbox"/>	2 - Capotamento	<input type="checkbox"/>	8 - Colisão transversal
<input type="checkbox"/>	3 - Colisão com bicicleta	<input type="checkbox"/>	9 - Colisão traseira
<input type="checkbox"/>	4 - Colisão com objeto fixo	<input type="checkbox"/>	10 - Queda de bicicleta/motocicleta/veículo
<input type="checkbox"/>	5 - Colisão com objeto móvel	<input type="checkbox"/>	11 - Saída de pista
<input type="checkbox"/>	6 - Colisão frontal	<input type="checkbox"/>	12 - Tombamento
<input type="checkbox"/>	13 - Outros:		
<input type="checkbox"/>	14 - Sequência:		

Tipo de veículo envolvido:

<input type="checkbox"/>	Automóvel	<input type="checkbox"/>	Camioneta	<input type="checkbox"/>	Motoneta
<input type="checkbox"/>	Bicicleta	<input type="checkbox"/>	Carroça	<input type="checkbox"/>	Triciclo
<input type="checkbox"/>	Caminhão	<input type="checkbox"/>	Ciclomotor	<input type="checkbox"/>	Utilitário
<input type="checkbox"/>	Caminhão-trator	<input type="checkbox"/>	Microônibus	<input type="checkbox"/>	Não identificado
<input type="checkbox"/>	Caminhonete	<input type="checkbox"/>	Motocicleta		

Identificação dos veículos**Veículo 01**

Situação do veículo: ___ Danificado ___ Sem danos ___ Evadido

Situação do condutor: ___ Morto ___ Ferido ___ Ileso

Situação do passageiro: ___ Morto ___ Ferido ___ Ileso

Veículo 02

Situação do veículo: ___ Danificado ___ Sem danos ___ Evadido

Situação do condutor: ___ Morto ___ Ferido ___ Ileso

Situação do passageiro: ___ Morto ___ Ferido ___ Ileso

Veículo 03

Situação do veículo: ___ Danificado ___ Sem danos ___ Evadido

Situação do condutor: Morto Ferido Ileso
 Situação do passageiro: Morto Ferido Ileso

Veículo 04

Situação do veículo: Danificado Sem danos Evadido
 Situação do condutor: Morto Ferido Ileso
 Situação do passageiro: Morto Ferido Ileso

Identificação dos pedestres:

Situação do pedestre: Morto Ferido Ileso

Informações da pista:

Tipo de pista

Pista Simples Pista Dupla Pista Múltipla

Fluxo

Mão única Mão dupla

Número de faixas

1 faixa 2 faixas 3 faixas 4 faixas ou mais

Traçado da via

Reto Curvo Cruzamento

Relevo

Plano Ondulado Montanhoso

Separação física

Não Sim, sem antiofuscante Sim, com antiofuscante

Defensa/barreira

Não Sim

Tipo de pavimento

Asfalto Cascalho Terra compactada
 Concreto Terra solta Outros:

Condição da pista de rolamento

Boa Má

Condição dos acostamentos

Boa Má Inexistente

Largura: _____ m

Condição das calçadas

Boa Má Obstruída Inexistente

Largura: _____ m

Superfície da pista

Seca Molhada Oleosa Suja

Outras: _____

Obra de arte Especial

<input type="checkbox"/>	Ponte	<input type="checkbox"/>	Túnel	<input type="checkbox"/>	Passagem subterrânea
<input type="checkbox"/>	Viaduto	<input type="checkbox"/>	Passarela	<input type="checkbox"/>	Inexistente

Tipo de cruzamento

<input type="checkbox"/>	Semaforizado	<input type="checkbox"/>	Rotatória	<input type="checkbox"/>	Ferroviário	<input type="checkbox"/>	Inexistente
<input type="checkbox"/>	Não semaforizado	<input type="checkbox"/>	Em desnível	<input type="checkbox"/>	Travessia de pedestre	<input type="checkbox"/>	Outros

Controle de tráfego

<input type="checkbox"/>	Gesto do policia	<input type="checkbox"/>	Semáforo	<input type="checkbox"/>	Placa DÊ A PREFERÊN CIA	<input type="checkbox"/>	Outros
<input type="checkbox"/>	Semáforo com defeito	<input type="checkbox"/>	Placa PARE	<input type="checkbox"/>	Inexistente		

Sinalização horizontal

<input type="checkbox"/>	Boa	<input type="checkbox"/>	Prejudicada	<input type="checkbox"/>	Em más condições	<input type="checkbox"/>	Não há
--------------------------	-----	--------------------------	-------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	--------

Sinalização vertical

<input type="checkbox"/>	Boa	<input type="checkbox"/>	Irregular	<input type="checkbox"/>	Em más condições	<input type="checkbox"/>	Não há
--------------------------	-----	--------------------------	-----------	--------------------------	---------------------	--------------------------	--------

Condições do tempo

<input type="checkbox"/>	Céu claro	<input type="checkbox"/>	Neve	<input type="checkbox"/>	Vento
<input type="checkbox"/>	Chuva	<input type="checkbox"/>	Neblina	<input type="checkbox"/>	Outro:
<input type="checkbox"/>	Granizo	<input type="checkbox"/>	Nublado	<input type="checkbox"/>	

Iluminação

<input type="checkbox"/>	Amanhecer	<input type="checkbox"/>	Luz do dia	<input type="checkbox"/>	Anoitecer
--------------------------	-----------	--------------------------	------------	--------------------------	-----------

Descrição da intervenção e do acidente
