



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO  
INFORMAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO – I.A.T

ACIDENTADO

NOME \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO, CIDADE) \_\_\_\_\_  
DATA NASC. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_  
EST. CIVIL \_\_\_\_\_ MATRÍCULA \_\_\_\_\_ CARGO \_\_\_\_\_  
LOTAÇÃO \_\_\_\_\_

ACIDENTE

DATA DO ACIDENTE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ APÓS \_\_\_\_\_ HORAS DE TRABALHO  
DATA DE AFASTAMENTO DO TRABALHO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
LOCAL DO ACIDENTE: ( ) TRABALHO ( ) TRAJETO  
HOUE REGISTRO POLICIAL? ( ) SIM ( ) NÃO  
OBJETO CAUSADOR \_\_\_\_\_  
DESCRIÇÃO DO ACIDENTE E PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

NOME \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO \_\_\_\_\_  
NOME \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO \_\_\_\_\_  
LOCAL E DATA \_\_\_\_\_  
ASS. E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA DO SERVIDOR \_\_\_\_\_

PARA USO DA DIVISÃO DE PERÍCIAS MÉDICAS

RECEBIDA EM \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
CARACTERIZADO COMO ACIDENTE DE TRABALHO? ( ) SIM ( ) NÃO  
DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
RUBRICA E CARIMBO MÉDICO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Obs.: O servidor deverá apresentar este formulário ao Departamento de Saúde Ocupacional juntamente com o Boletim de Inspeção Médica (BIM).