ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

Formulário de Informação de Acidente de Trabalho – IAT

ACIDENTADO

NOME:_____
ENDEREÇO : _____
_____ BAIRRO:_____ CIDADE:_____
DATA DE NASC. : ___/___/____ IDADE: _____ SEXO: _____
ESTADO CIVIL: _____ MATRICULA:_____ CPF: _____._____._____-_____
CARGO: _____ _____LOTAÇÃO: _____
EMAIL:_____ CONTATO(S) TELEFÔNICO(S): _____

ACIDENTE

DATA DO ACIDENTE: ___/___/____ HORA: _____:_____ APÓS: _____ HORAS DE TRABALHO
HOUVE AFASTAMENTO? ( ) SIM ( ) NÃO
ÚLTIMO DIA TRABALHADO: ___/___/____
LOCAL DO ACIDENTE: ( ) TRABALHO ( ) TRAJETO (local do ocorrido: seção, corredor, rua- endereço)
_____
HOUVE REGISTRO POLICIAL? ( ) SIM ( ) NÃO
OBJETO CAUSADOR: _____
DESCRIÇÃO DO ACIDENTE E PARTE (S) DO CORPO ATIGINDA (S): _____ -
_____
_____
_____
_____

TESTEMUNHAS

TESTEMUNHA (1)
NOME : _____ CPF: _____._____._____-___
ENDEREÇO (RUA, Nº): _____
TESTEMUNHA (2)
NOME : _____ CPF: _____._____._____-___
ENDEREÇO (RUA, Nº): _____

PARA USO DA DIVISÃO DE PERÍCIAS MÉDICAS

RECEBIDA EM: _____/_____/_____
CARACTERIZADO COMO ACIDENTE DE TRABALHO? ( ) SIM ( ) NÃO
DATA : _____/_____/_____

_____
RÚBRICA E CARIMBO DO MÉDICO

_____ _____
SERVIDOR **CHEFIA IMEDIATA**

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