



**Prefeitura Municipal de Bom Despacho**  
**Estado de Minas Gerais**  
**Secretaria Municipal Administração**  
**Núcleo de Atenção a Saúde Ocupacional do Servidor Público**

**Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT**

<b>Empregador</b>			
Prefeitura Municipal de Bom Despacho	CNPJ: 18.301.002/0001-86	CNAE 84116	
Endereço: Praça Irmã Albuquerque	Nº: 45	Bairro: Centro	
Bairro: Centro	CEP: 35600-000	UF: Minas Gerais	Telefone: 37 99106-2408
<b>Acidentado (* Campos de preenchimentos obrigatórios.)</b>			
Nome:*	Sexo: * <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
Data Nascimento:*	Nome da mãe:*		
Estado Civil:*	Renumeração Mensal: *		
Secretaria: *			
Setor: *	RG:*	Data de Emissão:*	
Órgão Emissor:*	UF:*	CPF:*	
Endereço:*	Nº*		
Complemento:	Bairro:*	CEP:*	
Município:*	UF:*	Telefone:*	
Nome da Ocupação: *	CBO: * (consulte CBO)		
Previdência: *	Vínculo: *	Área onde o acidente ocorreu: *	
<b>Acidente ou Doença</b>			
Data do acidente:*	Hora do acidente:*	Após quantas horas de trabalho:*	
Tipo:*	Houve afastamento:*	Dias de afastamento:	
Último dia trabalhado:*	Local do acidente:*		
Especificação do local:*	Município:*		
UF:*			
Parte do corpo:*	Agente causador:*		
Descrição da situação geradora do acidente ou doença:*			
Houve registro policial:*		Houve Morte:*	
<b>Testemunha</b>			
Nome:*		Sexo:*	
Endereço:*		Nº	Bairro:*
CEP:*	Município:*	UF:*	Telefone:*
<b>Local e Data do preenchimento da CAT:*</b>			
Nome Completo do responsável pelo preenchimento da CAT A comunicação do acidente é obrigatória, mesmo no caso em que não haja afastamento do trabalho.			



## Prefeitura Municipal de Bom Despacho

Estado de Minas Gerais

Secretaria Municipal Administração

Núcleo de Atenção a Saúde Ocupacional do Servidor Público

### Atestado Médico (deve ser preenchido por profissional médico)

Unidade de Atendimento	Data	Hora
Houve internação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Provável Duração do tratamento (dias)	Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento?

### Lesão

Descrição e natureza da lesão

### Diagnóstico

Diagnóstico provável	CID
----------------------	-----

Observações

Local e Data

Assinatura e carimbo do médico com CRM