



**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>			
<b>Nome Completo do responsável pelo preenchimento da CAT</b> 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**

<b>Atestado Médico (deve ser preenchido por profissional médico)</b>		
Unidade de Atendimento	Data	Hora
Houve internação (    ) Sim    (    ) Não	Provável Duração do tratamento (dias)	Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento?
<b>Lesão</b>		
Descrição e natureza da lesão		
<b>Diagnóstico</b>		
Diagnóstico provável		CID
Observações		
Local e Data		
Assinatura e carimbo do médico com CRM		