



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

Formulário de Registro de Acidente de Trabalho

Empregador		
Prefeitura Municipal de Bom Despacho		CNPJ: 18.301.002/0001-86
Endereço: Rua da Olaria		Nº: 80
CEP: 35630-302	UF: Minas Gerais	Telefone: 37 35201409
Acidentado (* Campos de preenchimentos obrigatórios.)		
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:*	PIS/PASEP:*
Endereço:*		Nº*
Complemento:		Bairro:*
Município:*		UF:*
Nome da Ocupação: *		CBO: * (consulte CBO)
Previdência: *	Vínculo: *	Área onde o acidente ocorreu: *
Acidente ou Doença		
Data do acidente:*		Hora do acidente:*
Após quantas horas de trabalho:*		
Type:*	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:*
Testemunha		
Nome:*		Sexo:*
Endereço:*		Nº*
		Bairro:*



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

CEP:	Município:	UF:	Telefone:
------	------------	-----	-----------

Local e Data do preenchimento da CAT:*

Nome Completo do responsável pelo preenchimento da CAT

A comunicação do acidente é obrigatória, mesmo no caso em que não haja afastamento do trabalho.

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