



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANAPOLIS

COMUNICADO DE ACIDENTE DE TRABALHO – CAT

(É um documento para registrar acidentes ou doenças ocupacionais)

DADOS FUNCIONAIS:

NOME:		CPF:
E-MAIL:		TELEFONE/CELULAR:
ENDEREÇO RESIDENCIAL:		
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:
CARGO/FUNÇÃO:		MATRICULA:
SECRETARIA:		
UNIDADE DE LOTAÇÃO:		
DESTINATÁRIO:		

É IMPRESCINDÍVEL A APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS ABAIXO E ANEXÁ-LOS AO PROCESSO

- Preenchimento dos dados acima;
- Documentos pessoais: Identidade, CPF, Comprovante de Endereço;
- **ATESTADO MÉDICO;**
- Questionário para Comunicado de Acidente de Trabalho - CAT.

OBSERVAÇÃO:

ANÁPOLIS, ____ DE _____ 20__

ASSINATURA DO REQUERENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANAPOLIS

QUESTIONÁRIO PARA COMUNICADO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT

1. IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

Nome/Razão Social: **PREFEITURA MUNICIPAL DE ANÁPOLIS**

CNPJ/CPF: **01.067.479/0001-46**

2. DADOS DO ACIDENTADO

Nome Completo: _____

CPF: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: () M () F

Estado Civil: _____

Cargo/Função: _____

3. INFORMAÇÕES DO ACIDENTE/DOENÇA OCUPACIONAL

Data do Acidente: ____/____/____ Hora: ____:____

Local do acidente: _____

Endereço do acidente: _____

Município: _____ UF: _____

Agente Causador (Ex: Calçada, Rampa, Escada, Telhado, etc.): _____

Parte do Corpo Atingida: _____

Lateralidade: () Direita () Esquerda () Ambas () Não se aplica

Descrição do Acidente / Diagnóstico: _____

Houve afastamento: () Não () Sim Quantidade estimada de dias de afastamento: _____

Houve internação: () Não () Sim

Houve registro policial: () Não () Sim

Houve morte: () Não () Sim

4. ATENDIMENTO MÉDICO

Nome do Hospital/Clinica: _____

Nome do Médico: _____

CRM: _____ UF: _____

CID: _____

Diagnóstico provável: _____

5. ASSINATURA

Assinatura do Requerente: _____ Data: ____/____/____