
	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL			
	FORMULÁRIO INFORMATIVO DE ACIDENTE DE TRABALHO			
	COMUNICADO DE ACIDENTE DE TRABALHO (CAT)			
	Código: CAT-01	Versão: 00	Página: 1/1	

Dados do servidor

Nome completo do servidor: _____
 CPF: _____
 Matrícula: _____
 Unidade de Lotação: _____
 Telefone: _____

Dados do Acidente

Data do Acidente: _____
 Hora do Acidente: _____
 Horas Trabalhadas antes do Acidente: _____
 Data de Afastamento do Trabalho: _____
 Período de afastamento do trabalho: _____

APRESENTAR ATESTADO MÉDICO E LAUDO/EXAMES

Tipo do Local do Acidente: _____
 Endereço: _____
 Número: _____
 Município: _____
 CNPJ do Local do Acidente: _____
 Especificação do Local do Acidente: _____
 Descrição do Acidente: _____

APRESENTAR O CAT (COMUNICADO DE ACIDENTE DE TRABALHO) PREENCHIDO PELO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO E GUIA DE INTERNAÇÃO/ALTA

Testemunhas (Opcional)

Nome: _____
 CPF: _____
 Telefone: _____
 Logradouro: _____
 Município: _____

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura e matrícula