

	<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL</b>			 <b>GOVERNO DO ESTADO</b> 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: \_\_\_\_\_  
Matricula: \_\_\_\_\_  
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