



1 - EMITENTE	<input type="checkbox"/> EMPREGADOR	<input type="checkbox"/> SINDICATO	<input type="checkbox"/> MÉDICO	<input type="checkbox"/> ACIDENTADO OU DEPENDENTE	<input type="checkbox"/> AUTORIDADE PÚBLICA	
2 - TIPO DE CAT	<input type="checkbox"/> INICIAL	<input type="checkbox"/> REABERTURA	COMUNICAÇÃO DE ÓBITO EM: / / .			
<b>1 EMITENTE</b>						
<b>1.1 EMPREGADOR</b>						
RAZÃO SOCIAL: PREFEITURA DE BELO HORIZONTE		CGC/CNPJ: 18.715.383/0001-40		CNAE: 84116		
3 - UNIDADE DE LOTAÇÃO				4 - TELEFONE		
5 - ENDEREÇO (RUA / AV. / N.º / COMPLEMENTO / BAIRRO / CIDADE)						
<b>1.2 ACIDENTADO</b>						
6 - NOME DE REGISTRO					7 - BM/DV	
8 - NOME SOCIAL (CONFORME DECRETO Nº 16.533/16 QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)						
9 - ESTADO CIVIL						
10 - CARGO		11 - FUNÇÃO		12 - HORÁRIO DE TRABALHO		
13 - DATA DE NASCIMENTO	14 - SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO		15 - CPF	16 - TELEFONE CELULAR		
17 - ENDEREÇO (RUA / AV. / N.º / COMPLEMENTO / BAIRRO / CIDADE)						
<b>1.3 ACIDENTE OU DOENÇA</b>						
18 - DATA DO ACIDENTE	19 - HORA DO ACIDENTE	20 - ÚLTIMO DIA TRABALHADO	21 - TIPO DE ACIDENTE: <input type="checkbox"/> TÍPICO <input type="checkbox"/> DOENÇA <input type="checkbox"/> TRAJETO			
22 - HOVE REGISTRO: <input type="checkbox"/> POLICIAL <input type="checkbox"/> GUARDA MUNICIPAL <input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> CBMMG <input type="checkbox"/> NÃO			23 - HOVE MORTE: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
24 - LOCAL DO ACIDENTE		25 - CGC / CNPJ		26 - ESTADO		
27 - DESCRIÇÃO DO ACIDENTE OU DOENÇA						
28 - PARTE DO CORPO ATINGIDA			29 - AGENTE CAUSADOR			
<b>1.4 TESTEMUNHAS</b>						
30 - NOME				31 - TELEFONE		
32 - ENDEREÇO (RUA / AV. / N.º / COMPLEMENTO / BAIRRO / CIDADE)						
33 - NOME				34 - TELEFONE		
35 - ENDEREÇO (RUA / AV. / N.º / COMPLEMENTO / BAIRRO / CIDADE)						
<b>1.5 OBSERVAÇÕES</b>						
36 - OBSERVAÇÕES						
DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO EMITENTE COM BM/DV/RG					
<b>2 ATESTADO MÉDICO</b>						
<b>2.1 ATENDIMENTO</b>						
37 - UNIDADE ATENDIMENTO						
38 - DATA	39 - HORA	40 - HOVE INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		41 - AFASTAMENTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	42 - QUANTOS DIAS	43 - DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO
<b>2.2 LESÃO</b>						
44 - DESCRIÇÃO E NATUREZA DA LESÃO						
<b>2.3 DIAGNÓSTICO</b>						
45 - DIAGNÓSTICO PROVÁVEL					46 - CID-10	
47 - OBSERVAÇÕES						
DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO COM CRM					

## ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO CAT

- 1- A CAT DEVERÁ SER EMITIDA PARA TODO ACIDENTE OU DOENÇA RELACIONADOS AO TRABALHO. ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER UTILIZADO PARA COMUNICAR ACIDENTES DE TRABALHO COM TRABALHADOR ESTATUTÁRIO, AINDA QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO OU INCAPACIDADE;
- 2- AS DATAS INFORMADAS DEVERÃO SER COMPLETAS, O ANO COM QUATRO DÍGITOS (EX.: 15/12/1999), A HORA COM QUATRO DÍGITOS (EX.: 10:45). TELEFONE, QUANDO HOUVER, INFORMAR INCLUSIVE DDD (EX.: (31) 97777-7777);
- 3- A EMISSÃO DE COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO – CAT PARA TRABALHADORES TERCEIRIZADOS, DEVERÁ SER FEITA PELA EMPRESA CONTRATADA.

### A COMUNICAÇÃO, OS CONCEITOS E A CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE SÃO REGIDOS PELO DECRETO MUNICIPAL N.º 16.388/2016.

**CAMPO 01. EMITENTE** - MARCAR COM UM X O CAMPO QUE CORRESPONDE AO EMITENTE.

**CAMPO 02. TIPO DE CAT** - MARCAR COM UM X O CAMPO QUE CORRESPONDE AO TIPO DE CAT: (1) INICIAL, REFERE-SE À PRIMEIRA COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE OU DOENÇA QUANDO ESTES OCORREM; (2) REABERTURA - QUANDO HOUVER REINÍCIO DE TRATAMENTO OU AFASTAMENTO POR AGRAVAMENTO DE LESÃO POR ACIDENTE OU DOENÇA COMUNICADO ANTERIORMENTE À PBH; (3) COMUNICAÇÃO DE ÓBITO - REFERE-SE À COMUNICAÇÃO DO ÓBITO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRABALHO OCORRIDO APÓS A EMISSÃO DA CAT INICIAL.

OBS.: OS ACIDENTES COM MORTE IMEDIATA DEVERÃO SER COMUNICADOS NA CAT INICIAL.

EM CASO DE MORTE POSTERIOR AO ACIDENTE, DEVERÁ SER ABERTA NOVA CAT DE COMUNICAÇÃO DE ÓBITO.

### INFORMAÇÕES RELATIVAS AO EMPREGADOR

**CAMPO 03. UNIDADE DE LOTAÇÃO** - INFORMAR A UNIDADE ONDE O ACIDENTADO ESTÁ LOTADO.

**CAMPO 04. TEL.** - INFORMAR TELEFONE DE CONTATO DA UNIDADE DE LOTAÇÃO DO ACIDENTADO.

**CAMPO 05. ENDEREÇO (RUA/AV. /Nº/COMPLEMENTO / BAIRRO / CIDADE)** - INFORMAR ENDEREÇO COMPLETO DA UNIDADE DE LOTAÇÃO DO ACIDENTADO.

### INFORMAÇÕES RELATIVAS AO ACIDENTADO

**CAMPO 06. NOME DE REGISTRO** - INFORMAR O NOME COMPLETO DO ACIDENTADO, SEM ABREVIATURAS.

**CAMPO 07. BM** - INFORMAR O NÚMERO DO BM DO ACIDENTADO.

**CAMPO 08. NOME SOCIAL** – INFORMAR NOME SOCIAL DO ACIDENTADO CASO ELE REQUIRA CONFORME DECRETO Nº 16.533/76

**CAMPO 09. ESTADO CIVIL** – INFORMAR ESTADO CIVIL DO ACIDENTADO.

**CAMPO 10. CARGO** – INFORMAR NOME DO CARGO DO ACIDENTADO.

**CAMPO 11. FUNÇÃO** – INFORMAR FUNÇÃO DO ACIDENTADO.

**CAMPO 12. HORÁRIO DE TRABALHO** - INFORMAR HORÁRIO REAL DE TRABALHO DO ACIDENTADO.

**CAMPO 13. DATA DE NASCIMENTO** - INFORMAR A DATA COMPLETA DE NASCIMENTO DO ACIDENTADO.

**CAMPO 14. SEXO** - MARCAR COM UM X O CAMPO CORRESPONDENTE AO SEXO DO ACIDENTADO.

**CAMPO 15. CPF** - INFORMAR O NÚMERO DO DOCUMENTO DO ACIDENTADO.

**CAMPO 16. TELEFONE** - INFORMAR TELEFONE CELULAR DO ACIDENTADO.

**CAMPO 17. ENDEREÇO (RUA/AV. /Nº/COMPLEMENTO / BAIRRO / CIDADE)** - INFORMAR O ENDEREÇO COMPLETO DA RESIDÊNCIA DO ACIDENTADO.

### INFORMAÇÕES RELATIVAS AO ACIDENTE OU DOENÇA

**CAMPO 18. DATA DO ACIDENTE** - INFORMAR A DATA EM QUE O ACIDENTE OCORREU. NO CASO DE DOENÇA, INFORMAR A DATA DA CONCLUSÃO DO DIAGNÓSTICO OU DO INÍCIO DA INCAPACIDADE LABORATIVA, AQUELA QUE OCORRER PRIMEIRO.

**CAMPO 19. HORA DO ACIDENTE** - INFORMAR A HORA QUE OCORREU O ACIDENTE, NO CASO DE DOENÇA, DEIXAR O CAMPO EM BRANCO.

**CAMPO 20. ÚLTIMO DIA TRABALHADO** - INFORMAR O ÚLTIMO DIA TRABALHADO, INCLUIR O DIA DO ACIDENTE CASO ESTE TENHA OCORRIDO APÓS INÍCIO DAS ATIVIDADES LABORAIS MESMO NÃO TENDO CUMPRIDO TODA A JORNADA DE TRABALHO.

**CAMPO 21. TIPO DE ACIDENTE** - MARCAR COM UM X O CAMPO QUE CORRESPONDE AO TIPO DE ACIDENTE SENDO (1) TÍPICO, O QUE OCORRER COM O SEGURADO A SERVIÇO DA EMPREGADORA; (2) DOENÇA OCUPACIONAL; (3) TRAJETO, AQUELE OCORRIDO NO PERCURSO RESIDÊNCIA / LOCAL DE TRABALHO OU VICE-VERSA.

**CAMPO 22. HOVE REGISTRO** - MARCAR COM UM X SE HOVE E QUAL O TIPO DE REGISTRO: POLICIAL, DA GUARDA MUNICIPAL, DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE MINAS GERAIS (CBMMG) OU DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA (SAMU). CASO NÃO HOUVER REGISTRO MARCAR COM UM X NÃO.

**CAMPO 23. HOVE MORTE** - MARCAR COM UM X SE HOVE OU NÃO MORTE DO ACIDENTADO

**CAMPO 24. LOCAL DO ACIDENTE** - INFORMAR DE FORMA CLARA E PRECISA O LOCAL ONDE OCORREU O ACIDENTE. EX: CENTRO DE SAÚDE, ESCOLA, UMEI, SECRETARIA, ETC. (INFORMANDO TAMBÉM: SALA, SETOR, AMBIENTE, PÁTIO, RAMPA DE ACESSO, POSTO DE TRABALHO, NOME DA RUA, ETC.).

**CAMPO 25 E 26** NOS CASOS DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DO TRABALHO FORA DO ÂMBITO DA PBH, INSERIR O CGC E UF, QUANDO HOUVER.

**CAMPO 27. DESCRIÇÃO DO ACIDENTE OU DOENÇA** – DESCRIÇÃO DETALHADA DO ACIDENTE, COMO OCORREU, ONDE, QUANDO. INCLUIR ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE, QUANDO OCORRIDO FORA DO LOCAL DE LOTAÇÃO.

**CAMPO 28. PARTE DO CORPO ATINGIDA** - DESCREVER A PARTE DO CORPO QUE FOI ATINGIDA NO ACIDENTE. INCLUINDO A LATERALIDADE QUANDO FOR O CASO.

**CAMPO 29. AGENTE CAUSADOR** - DESCREVER O AGENTE (EQUIPAMENTO, MÁQUINA, OBJETO OU SITUAÇÃO) QUE TENHA CAUSADO OU CONTRIBUIDO PARA A OCORRÊNCIA DO ACIDENTE.

### INFORMAÇÕES RELATIVAS À TESTEMUNHAS/OBSERVAÇÕES/IDENTIFICAÇÃO

**CAMPO 30 A 35. TESTEMUNHAS** - INFORMAR TESTEMUNHAS QUE TENHAM PRESENCIADO O ACIDENTE OU AQUELAS QUE PRIMEIRO TOMARAM CIÊNCIA DO FATOS.

**CAMPO 36. OBSERVAÇÕES** - CITAR QUALQUER TIPO DE INFORMAÇÃO RELACIONADA AO ACIDENTADO E/OU AO ACIDENTE QUE JULGAR NECESSÁRIA PARA A COMPLEMENTAÇÃO DOS DADOS DESCRITOS. O CAMPO TAMBÉM PODE SER UTILIZADO PARA JUSTIFICATIVAS EM CASO DE ATRASOS NA EMISSÃO DO ROSEG. - LOCAL, DATA, ASSINATURA E CARIMBO DO EMITENTE.

### INFORMAÇÕES RELATIVAS AO ATESTADO MÉDICO

DEVERÁ SER PREENCHIDO POR PROFISSIONAL MÉDICO. NO CASO DE MORTE É DISPENSÁVEL, DEVENDO SER APRESENTADA A CERTIDÃO DE ÓBITO E QUANDO HOUVER O LAUDO DE NECRÓPSIA.

**CAMPO 37. UNIDADE DE ATENDIMENTO MÉDICO** - INFORMAR A UNIDADE QUE PRESTOU O ATENDIMENTO MÉDICO AO ACIDENTADO.

**CAMPO 38. DATA** - INFORMAR A DATA DO ATENDIMENTO MÉDICO.

**CAMPO 39. HORA** - INFORMAR A HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO.

**CAMPO 40. HOVE INTERNAÇÃO** - MARCAR COM UM X O CAMPO CORRESPONDENTE.

**CAMPO 41. HOVE AFASTAMENTO** - MARCAR COM UM X O CAMPO CORRESPONDENTE.

**CAMPO 42. QUANTOS DIAS** - INFORMAR EM NÚMERO DE DIAS O TEMPO EM QUE O ACIDENTADO DEVERÁ PERMANECER AFASTADO DO TRABALHO.

**CAMPO 43. DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO** - INFORMAR (EM DIAS) A DURAÇÃO PROVÁVEL DE TRATAMENTO.

**CAMPO 44. DESCRIÇÃO E NATUREZA DA LESÃO** - FAZER RELATO CLARO E SUCINTO, INFORMANDO A NATUREZA, TIPO DA LESÃO E/OU QUADRO CLÍNICO DA DOENÇA CITANDO A PARTE DO CORPO ATINGIDA, SISTEMAS OU APARELHOS. EX.: EDEMA, EQUIMOSE, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS NA ARTICULAÇÃO TÁRSICA DIREITA; SINAIS FLOGÍSTICOS, EDEMA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO E DOR A MOVIMENTAÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO ESQUERDO.

**CAMPO 45. DIAGNÓSTICO PROVÁVEL** - INFORMAR OBJETIVAMENTE O DIAGNÓSTICO. (EX.: A) ENTORSE (TORNOZELO DIREITO); B) TENDINITE DOS FLEXORES DO CARPO).

**CAMPO 46. CID-10** - CLASSIFICAR CONFORME CID-10 (EX.: S 93.4 - ENTORSE E DISTENSÃO DO TORNOZELO; M65. 9 - SINOVITE OU TENDINITE NÃO ESPECIFICADA).

**CAMPO 47. OBSERVAÇÕES** - CITAR QUALQUER TIPO DE INFORMAÇÃO MÉDICA ADICIONAL, COMO CONDIÇÕES PATOLÓGICAS PRÉ-EXISTENTES, CONCAUSAS, SE HÁ COMPATIBILIDADE ENTRE O ESTÁGIO EVOLUTIVO DAS LESÕES E A DATA DO ACIDENTE DECLARADA. EXISTINDO RECOMENDAÇÃO ESPECIAL PARA PERMANÊNCIA NO TRABALHO, JUSTIFICAR.