



COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT

(Ler atentamente as orientações no verso antes do preenchimento)

		1 - Emitente <input type="checkbox"/>		
		1 - Empregador 2 - Sindicato 3 - Médico		
		4 - Segurado ou dependente 5 - Autoridade Pública		
		2 - Tipo de CAT <input type="checkbox"/>		
		1 - Início 2 - Reabertura 3 - Comunicação de Óbito em: _____		
I - EMITENTE	Empregador	3 - Razão Social / Nome		
		4 - Tipo <input type="checkbox"/> 1 - CGC 2 - CEI 3 - CPF 4 - NIT 5 - CNAE		
	6 - Endereço Rua/Av./Nº/Comp		Bairro	CEP
			7 - Município	8 - UF
			9 - Telefone	
	Acidentado	10 - Nome		11 - Nome da mãe
		12 - Data de nasc.	13 - Sexo <input type="checkbox"/>	14 - Estado Civil <input type="checkbox"/>
		1 - Masc 3 - Fem		1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Sep. Judic. 5 - Outro 6 - IGN
		15 - CTPS	Serie	Data da emissão
		16 - UF	17 - Carteira de Identidade Data de emissão Orgão Exp	
18 - UF		19 - PIS/PASEP		
20 - Remuneração mensal		21 - Endereço Rua/Av./Nº/Comp		
		Bairro	CEP	
		22 - Município	23 - UF	
		24 - Telefone		
25 - Nome da ocupação		26 - CBO	27 - Filiação à Previdência Social <input type="checkbox"/>	
		1 - Empregado 2 - Trab. Avulso 7 - Seg. especial 8 - Médico resid.		
28 - Aposentado? <input type="checkbox"/>		29 - Área <input type="checkbox"/>		
		1 - Sim 2 - Não		
		1 - Urbana 2 - Rural		
Acidente ou doença	30 - Data do acidente		31 - Hora do acidente	
	32 - Após quantas horas de trabalho?		33 - Houve afastamento? <input type="checkbox"/>	
			1 - Sim 2 - Não	
	34 - Último dia Trabalhado		35 - Local do Acidente	
	36 - CGC		37 - Município do local do acidente	
	38 - UF		39 - Especif. do local do acidente	
	40 - Parte(s) do corpo atingida(s)		41 - Agente Causador	
	42 - Descrição da situação geradora do acidente ou doença		43 - Houve registro policial?	
			1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/>	
			44 - Houve morte? <input type="checkbox"/>	
		1 - Sim 2 - Não		
Testemunhas	45 - Nome			
	46 - Endereço Rua/Av./Nº/Comp	Bairro	CEP	
			47 - Município	48 - UF
		Telefone		
49 - Nome				
50 - Endereço Rua/Av./Nº/Comp	Bairro	CEP	51 Município	
		48 - UF		
		Telefone		
Local e data		Assinatura e carimbo do emitente		
II - ATESTADO MÉDICO	Atendimento	53 - Unidade de atendimento médico		
		54 - Data	55 - Hora	
	56 - Houve internação? <input type="checkbox"/>	57 - Duração provável do tratamento _____ dias	58 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input type="checkbox"/>	
	1 - Sim 2 - Não		1 - Sim 2 - Não	
Lesã	59 - Descrição e natureza da lesão			
	60 - Diagnóstico provável		61 - CID - 10	
Diagnóstico	62 - Observações			
	Local e data		Assinatura e carimbo do emitente	
III - INSS	63 - Recebida Em _____	64 - Código da Unidade	65 - Número do acidente	
	66 - É reconhecido o direito do segurado à habilitação de benefício acidentado? <input type="checkbox"/>		67 - Tipo <input type="checkbox"/>	
	1 - Sim 2 - Não		1 - Típico 2 - Doença 3 - Trajeto	
68 - Matrícula do servidor		NOTA:		
Matrícula		Assinatura do servidor		
<p>1 - A inexistência das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos arts. 171 e 299 do Código Penal.</p> <p>2 - A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil pós o acidente, sob pena de multa.</p> <p>3 - A comunicação do acidente do trabalho reger-se-á pelo art. 336 do Decreto nº 3048/99</p> <p>4 - Os conceitos de acidente do trabalho e doença ocupacional estão definidos nos arts. 131 a 133 do Decreto nº 2.172/97.</p> <p>5 - A caracterização do acidente reger-se-á pelo art. 135 do Decreto nº 2.172/97.</p>				
A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO.				