



Comunicação de acidente de trabalho - CAT

1- Emissor <input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Sindicato <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Segurado ou dependente <input type="radio"/> Autoridade pública					
2- Tipo de CAT <input type="radio"/> Inicial <input type="radio"/> Reabertura <input type="radio"/> Comunicação de óbito					
I - EMISSOR					
Empregador					
3 - Razão Social / Nome <input type="text"/>					
4- Tipo <input type="radio"/> CGC/CNPJ <input type="radio"/> CEI <input type="radio"/> CPF <input type="radio"/> NIT <input type="text"/>		5- CNAE <input type="text"/>		6 - Endereço - Rua/Av. <input type="text"/>	
Complemento <input type="text"/>	Bairro <input type="text"/>	CEP <input type="text"/>	7 - Município <input type="text"/>	8 - UF Selecione <input type="text"/>	9 - Telefone <input type="text"/>
Acidentado					
10 - Nome <input type="text"/>					
11 - Nome da mãe <input type="text"/>					
12 - Data de Nascimento <input type="text"/>		13 - Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino		14 - Estado Civil <input type="radio"/> Solteiro <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viúvo <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Outro <input type="radio"/> Ignorado	
15 - CTPS - Nº / Série / Data de Emissão <input type="text"/>		16 - UF Selecione <input type="text"/>		17 - Remuneração Mensal R\$ <input type="text"/>	
18 - Carteira de Identidade (RG) <input type="text"/>		Data de Emissão <input type="text"/>		Órgão Expedidor <input type="text"/>	19 - UF Selecione <input type="text"/>
20 - PIS / PASEP / NIT <input type="text"/>					
21 - Endereço - Rua / AV <input type="text"/>					
Bairro <input type="text"/>		CEP <input type="text"/>		22 - Município <input type="text"/>	23 - UF Selecione <input type="text"/>
24 - Telefone <input type="text"/>		25 - Nome da Ocupação <input type="text"/>			
26 - CBO (consulte CBO) <input type="text"/>				27 - Filiação à Previdência Social <input type="radio"/> Empregado <input type="radio"/> Tra.Avulso <input type="radio"/> Seg. especial <input type="radio"/> Médico Residente	
28 - Aposentado <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				29 - Áreas <input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural	

quebra de página

Acidente ou Doença				
30 - Data de Acidente <input type="text"/>	31 - Hora do Acidente <input type="text"/>	32 - Após quantas horas de trabalho? <input type="text"/>	33 - Tipo <input type="radio"/> Típico <input type="radio"/> Doença <input type="radio"/> Trajeto	34 - Houve afastamento? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
35 - Último dia trabalhado <input type="text"/>	36 - Local do acidente <input type="text"/>	37 - Especificação do local do acidente <input type="text"/>	38 - CGC / CNPJ <input type="text"/>	39 - UF Selecione
40 - Município do local do acidente <input type="text"/>		41 - Parte do corpo <input type="text"/>	42 - Agente causador <input type="text"/>	
43 - Descrição da situação geradora do acidente ou doença <input type="text"/>		44 - Houve registro policial? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
		45 - Houve morte? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
Testemunhas				
46 - Nome <input type="text"/>				
47 - Endereço - Rua / Av / nº / comp. <input type="text"/>				
Bairro <input type="text"/>	CEP <input type="text"/>	48 - Município <input type="text"/>	49 - UF Selecione	Telefone <input type="text"/>
50 - Nome <input type="text"/>				
51 - Endereço - Rua / Av / nº / comp. <input type="text"/>				
Bairro <input type="text"/>	CEP <input type="text"/>	52 - Município <input type="text"/>	53 - UF Selecione	Telefone <input type="text"/>
Local e Data <input type="text"/>		Assinatura e carimbo <input type="text"/>		

quebra de página

II - ATESTADO MÉDICO deve ser preenchido por profissional médico			
Atendimento			
54 - Unidade de Atendimento médico <input type="text"/>	55 - Data <input type="text"/>	56 - Hora <input type="text"/>	
57 - Houve internação <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	58 - Provável Duração do tratamento (dias) <input type="text"/>	59 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Lesão			
60 - Descrição e natureza da lesão <input type="text"/>			
Diagnóstico			
61 - Diagnóstico provável <input type="text"/>		62 - CID-10 <input type="text"/>	
63 - Observações <input type="text"/>			
Local e Data <input type="text"/>		Assinatura e carimbo do médico com CRM <input type="text"/>	
III - INSS			
64 - Recebida em <input type="text"/>	65 - Código da unidade <input type="text"/>	66 - Número do CAT <input type="text"/>	Notas: 1 - A inexistência das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos artigos. 171 e 299 do Código Penal. 2 - A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa, na forma prevista no art. 22 da Lei nº 8.213/91.
67 - Matrícula do Servidor <input type="text"/>	Assinatura do servidor <input type="text"/>		
A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO			

quebra de página**Instruções de preenchimento**