



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

CAT COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO

1 - Emitente
 1 - Empregador 4 - Segurado ou Dependente
 2 - Sindicato 5 - Autoridade Pública
 3 - Médico

2 - Tipo de CAT
 1 - Inicial
 2 - Reabertura
 3 - Comunicado de Óbito em: ___/___/___.

I - EMITENTE

EMPREGADOR

3 - Razão Social / Nome: **PREFEITURA MUNICIPAL DE JARDINÓPOLIS**

4 - CGC/CNPJ: **44.229.821/0001-70**

5 - CNAE: **84116**

6 - Endereço: **PRAÇA DR. MARIO LINS, N. 150**

Complemento:

Bairro: **CENTRO**

CEP: **14680-000**

7 - Município: **JARDINÓPOLIS**

8 - UF: **SP**

9 - Telefone: **(16) 3690-2917**

ACIDENTADO

10 - Nome:

11 - Nome da Mãe:

12 - Data do Nascimento: ___/___/___

13 - Sexo: 1 - Masculino
 2 - Feminino

14 - Estado Civil: 1 - Solteiro
 2 - Casado 3 - Viúvo
 4 - Sep. Judic. 5 - Outro
 6 - Ignorado

15 - CTPS - Nº | Série | Data de Emissão

16 - UF

17 - Remuneração Mensal

18 - Carteira de Identidade

Data de Emissão ___/___/___

Orgão Expedidor

19 - UF

20 - PIS | PASEP | NIT

21 - Endereço:

Bairro:

CEP:

22 - Município:

23 - UF:

24 - Telefone:

25 - Nome da Ocupação:

26 - CBO

27 - Filiação à Previdência Social

1 - Empregado 7 - Seg. Especial
 2 - Tra. Avulso 8 - Médico Residente

28 - Aposentado?

1 - Sim 2 - Não

29 - Áreas

1 - Urbana 2 - Rural

ACIDENTE OU DOENÇA

30 - Data do Acidente: ___/___/___

31 - Hora do Acidente: ___:___hs

32 - Após quantas horas de trabalho? ___:___hs

33 - Tipo?

1 - Típico 3 - Trajeto
 2 - Doença

34 - Houve afastamento?

1 - Sim 2 - Não

35 - Último dia trabalhado: ___/___/___

36 - Local do Acidente:

37 - Especificações do Local do Acidente:

38 - CGC | CNPJ:

39 - UF:

40 - Município do Local do Acidente

41 - Parte (s) do Corpo Atingida (s):

42 - Agente Causador:

43 - Descrição da Situação Geradora do Acidente ou Doença:

44 - Houve Registro Policial? 1 - Sim
 2 - Não

45 - Houve Morte? 1 - Sim
 2 - Não

TESTEMUNHAS

46 - Nome:

47 - Endereço:

Bairro:

CEP:

48 - Município:

49 - UF:

Telefone:

50 - Nome:

51 - Endereço:

Bairro:

CEP:

52 - Município:

53 - UF:

Telefone:

Local e Data:

Assinatura e Carimbo do Emitente:

II - ATESTADO MÉDICO (Deve ser Preenchido por Profissional Médico.)

ATENDIMENTO

54 - Unidade de Atendimento Médico

55 - Data ___/___/___

56 - Hora ___:___hs

57 - Houve Internação?

1 - Sim
 2 - Não

58 - Duração Provável do Tratamento: ___ dias.

59 - Deverá o Acidentado Afastar-se do Trabalho Durante o Tratamento?

1 - Sim
 2 - Não

LESÃO

60 - Descrição e Natureza da Lesão:

DIAGNÓSTICO

61 - Diagnóstico Provável

62 - CID-10

63 - Observações

Local e Data:

Assinatura e Carimbo do Médico com CRM

III - INSS

64 - Recebida em:

65 - Código da Unidade

66 - Número do CAT

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 de 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

Assinatura do Servidor

A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO.