

Comunicação de acidente de trabalho - CAT

1- Emitente					
<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 - EMITENTE					
Empregador					
3 - Razão Social / Nome					
<input style="width: 100%;" type="text"/>					
4- Tipo		5- CNAE	6 - Endereço - Rua/Av.		
<input type="radio"/> CGC/CNPJ <input type="radio"/> CEI <input type="radio"/> CPF <input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Complemento		Bairro	CEP	7 - Município	8 - UF
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Seleccione ▼ <input type="text"/>
9 - Telefone					
<input type="text"/>					
Acidentado					
10 - Nome					
<input style="width: 100%;" type="text"/>					
11 - Nome da mãe					
<input style="width: 100%;" type="text"/>					
12 - Data de Nascimento		13 - Sexo		14 - Estado Civil	
<input type="text"/>		<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino		<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		16 - UF		17 - Remuneração Mensal	
<input type="text"/>		Seleccione ▼		R\$ <input type="text"/>	
18 - Carteira de Identidade (RG)		Data de Emissão		Orgão Expedidor	19 - UF
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	Seleccione ▼ <input type="text"/>
20 - PIS / PASEP / NIT		21 - Endereço - Rua / AV			
<input type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Bairro		CEP	22 - Município	23 - UF	24 - Telefone
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Seleccione ▼ <input type="text"/>	<input type="text"/>
25 - Nome da Ocupação			26 - CBO (consulte CBO)		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		

<input type="text"/>	<input type="text"/>
27 - Filiação à Previdência Social <input type="radio"/> Empregado especial <input type="radio"/> Médico Residente <input type="radio"/> Tra.Avulso <input type="radio"/> Seg.	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 <input type="text" value="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 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>		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 / n° / comp. <input type="text"/>				
Bairro <input type="text"/>	CEP <input type="text"/>	48 - Município <input type="text"/>	49 - UF <input type="text" value="Selecione"/> ▼	Telefone <input type="text"/>
50 - Nome <input type="text"/>				

51 - Endereço - Rua / Av / n° / comp. <input type="text"/>				
Bairro <input type="text"/>	CEP <input type="text"/>	52 - Município <input type="text"/>	53 - UF Selecione <input type="button" value="v"/>	Telefone <input type="text"/>
Local e Data <input type="text"/>		Assinatura e carimbo _____		

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 _____
--------------------------------------	---

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 inexatidão 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		

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

quebra de página

Instruções de preenchimento