



Comunicação de acidente de trabalho - CAT

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

quebra de página

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

quebra de página

II - ATESTADO MÉDICO deve ser preenchido por profissional médico			
Atendimento			
54 - Unidade de Atendimento médico 	55 - Data 	56 - Hora 	
57 - Houve internação ☐ Sim ☐ Não	58 - Provável Duração do tratamento (dias) 	59 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? ☐ Sim ☐ 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 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 	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