

Instituto de Previdência Social do Município de Angra dos Reis – ANGRAPREV
Diretoria de Recursos Humanos
CAT – COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO

1-EMITENTE: <input type="radio"/> 2-Sindicato <input type="radio"/> 4-Segurado ou seus Dependentes		DATA EMISSÃO:		2-TIPO DE CAT: <input type="radio"/> 2-Reabertura		
<input type="radio"/> 1-Empregador <input type="radio"/> 3-Médico Assistente <input type="radio"/> 5-Autoridade Pública				<input type="radio"/> 1-Inicial <input type="radio"/> 3-Comunicação de Óbito		
EMPREGADOR	3-RAZÃO SOCIAL/NOME:					
	4-TIPO/NUM DOC: <input type="radio"/> 3-CPF		5-CNAE:	CEP:	E-MAIL:	
	<input type="radio"/> 1-CGC/CNPJ <input type="radio"/> 2-CEI <input type="radio"/> 4-NIT					
6-ENDEREÇO:						
BAIRRO:		7-MUNICÍPIO		8-UF:	9-TELEFONE:	
ACIDENTADO	10-NOME:					
	11-NOME DA MÃE:			12-DATA NASCIMENTO:		
	13-SEXO: <input type="radio"/> 1-Masc. <input type="radio"/> 2-Fem	14-ESTADO CIVIL: <input type="radio"/> 4-Sep. Jud. <input type="radio"/> 5-Outro		15-CTPS/SERIE/EMISSÃO:		16-UF
		<input type="radio"/> 1-Solteiro <input type="radio"/> 2-Casado <input type="radio"/> 3-Viúvo <input type="radio"/> 6-Ign.				
	17-IDENTIDADE RG/EMISSÃO/ORGÃO		18-UF	19-PIS/PASEP:		20-REMUNERAÇÃO
	21-ENDEREÇO			BAIRRO:		
22-MUNICÍPIO:		23-UF	24-TELEFONE		25-NOME DA OCUPAÇÃO	
26-CBO	27-FILIAÇÃO A PREVIDÊNCIA SOCIAL: <input type="radio"/> 7-Seg. Especial			28-APOSENTADO?	29-ÁREA:	
	<input type="radio"/> 1-Empregado <input type="radio"/> 2-Trab. Avulso <input type="radio"/> 8-Médico Residei			<input type="radio"/> 1-Sim <input type="radio"/> 2-Não	<input type="radio"/> 1-Urbana <input type="radio"/> 2-Rural	
30.DATA ACIDENTE:	31.HORA DO ACIDENTE:	32. APÓS QUANTAS HORAS DE TRABALHO?	33. HOUVE AFASTAMENTO?		34.ULTIMO DIA DE TRABALHO:	
			<input type="radio"/> 1-Sim <input type="radio"/> 2-Não			
35.LOCAL DO ACIDENTE		36. CGC/CNPJ		37.MUNICÍPIO DO ACIDENTE:		
38-UF	39. ESPECIFICAÇÃO DO LOCAL DO ACIDENTE:					
40. PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S)			41.AGENTE CAUSADOR			
42.DESCRICÃO DA SITUAÇÃO GERADORA DO ACIDENTE OU DOENÇA				43. HOUVE REGISTRO POLICIAL?		
				<input type="radio"/> 1-Sim <input type="radio"/> 2-Não		
				44. HOUVE MORTE?		
				<input type="radio"/> 1-Sim <input type="radio"/> 2-Não		
TESTEMUNHAS	45.NOME:					
	46.ENDEREÇO:				CEP:	
	BAIRRO:		47..MUNICÍPIO:		48.UF	TELEFONE:
49.NOME:						
50.ENDEREÇO:				CEP:		
BAIRRO:		51..MUNICÍPIO:		52UF	TELEFONE:	

_____ de _____ de _____.

Local

Data

Assinatura e Carimbo do(a) Emitente

Instituto de Previdência Social do Município de Angra dos Reis – ANGRAPREV
Diretoria de Recursos Humanos
CAT – COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO

ATESTADO MÉDICO	ATENDIMENTO	53.UNIDADE DE ATENDIMENTO MÉDICO:		54.DATA:	55.HORA:
	LESÃO	56.HOUE INTERNAÇÃO?	57.DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO EM DIAS:	58.DEVERÁ O ACIDENTADO AFASTAR-SE DO TRABALHO DURANTE O TRATAMENTO:	
DIAGNOSTICO	LESÃO	59.DESCRICÃO E NATUREZA DA LESÃO:			
	DIAGNOSTICO	60. DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:		61.CID10:	
62. OBSERVAÇÕES:					

_____, _____ de _____ de _____.

Local

Data

Assinatura e Carimbo do(a) Médico com CRM

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

*

A apresentação do atestado médico original, com as informações de identificação do médico assistente, substitui o preenchimento deste campo.

A impressão desta CAT deverá ser apresentada junto ao(s) documento(s) original(is) referente ao segurado, para requerer o benefício acidentário junto a Agência Nacional de Previdência Social.