

**Prefeitura Municipal de Angra dos Reis
Superintendência de Gestão de Pessoas
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 <input type="radio"/> 1-CGC/CNPJ <input type="radio"/> 2-CEI <input type="radio"/> 4-NIT		5-CNAE: _____	CEP: _____	E-MAIL: _____	
	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"/> 1-Solteiro <input type="radio"/> 3-Viúvo <input type="radio"/> 5-Outro <input type="radio"/> 2-Casado <input type="radio"/> 4-Sep. Jud. <input type="radio"/> 6-Ign.		15-CTPS/SERIE/EMISSÃO: _____-_____-_____	
	16-UF _____		17-IDENTIDADE RG/EMISSÃO/ORGÃO _____-_____-_____		18-UF _____	19-PIS/PASEP: _____-_____-_____
	20-REMUNERAÇÃO _____-_____-_____		21-ENDEREÇO _____			
	22-MUNICÍPIO: _____-_____-_____				23-UF _____	
	24-TELEFONE _____-_____-_____		25-NOME DA OCUPAÇÃO _____			
	26-CBO _____	27-FILIAÇÃO A PREVIDÊNCIA SOCIAL: <input type="radio"/> 1-Empregado <input type="radio"/> 2-Trab. Avulso <input type="radio"/> 7-Seg. Especial <input type="radio"/> 8-Médico Residente		28-APOSENTADO? <input type="radio"/> 1-Sim <input type="radio"/> 2-Não		29-ÁREA: <input type="radio"/> 1-Urbana <input type="radio"/> 2-Rural
30.DATA ACIDENTE: ____/____/____	31.HORA DO ACIDENTE: ____:____	32. APÓS QUANTAS HORAS DE TRABALHO? _____	33. HOUE AFASTAMENTO? <input type="radio"/> 1-Sim <input type="radio"/> 2-Não		34.ULTIMO DIA DE TRABALHO: ____/____/____	
35.LOCAL DO ACIDENTE _____			36. CGC/CNPJ _____-_____-_____		37.MUNICIPIO 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. HOUE REGISTRO POLICIAL? <input type="radio"/> 1-Sim <input type="radio"/> 2-Não	
					44. HOUE MORTE? <input type="radio"/> 1-Sim <input type="radio"/> 2-Não	
TESTEMUNHAS	45.NOME: _____					
	46.ENDEREÇO: _____				CEP: _____-_____-_____	
	BAIRRO: _____		47..MUNICÍPIO: _____		48.UF: _____	45:TELEFONE: _____-_____-_____
	49.NOME: _____					
	50.ENDEREÇO: _____				CEP: _____-_____-_____	
	BAIRRO: _____		51.MUNICÍPIO: _____		52.UF: _____	TELEFONE: _____-_____-_____

_____ de _____ de _____

_____ de _____ de _____

_____ Assinatura e Carimbo do(a) Emitente

**Prefeitura Municipal de Angra dos Reis
Superintendência de Gestão de Pessoas
CAT – COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO**

ATESTADO MÉDICO	ATENDIMENTO	53.UNIDADE DE ATENDIMENTO MÉDICO:		54.DATA:	55.HORA:	
		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:			
			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.