

Prefeitura Municipal de Angra dos Reis
Recursos Humanos
CAT – COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO

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

_____ de _____ de _____.

Local

Data

Assinatura e Carimbo do(a) Emitente

Prefeitura Municipal de Angra dos Reis
Recursos Humanos
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:	
ATESTADO MÉDICO	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.