



COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT

1 - Emitente
1 - Empregador 2 - Sindicato 3 - Médico
4 - Segurado ou dependente 5 - Autoridade Pública

2 - Tipo de CAT
1 - Início 2 - Reabertura 3 - Comunicação de Óbito em:

E m p r e g a d o r	3 - Razão Social/Nome			4 - Tipo <input type="checkbox"/> 1 - CGC 2 - CEI 3 - CPF 4 - NIT				5 - CNAE				
	Prefeitura Municipal de Caxias do Sul			8 8 8 3 0 6 0 9 0 0 0 1 3 9				8 4 1 1 6 0 0				
A c i d e n t a d o	6 - Endereço Rua/Av./Nº/Comp.		Bairro		CEP		7 - Município		8 - UF	9 - Telefone		
	Rua Alfredo Chaves, 1333		Exposição		950 20 460		Caxias do Sul		RS	54 3218 6000		
I - E M I T E N T E	10 - Nome				11 - Nome da mãe							
	12 - Data de nasc.	13 - Sexo <input type="checkbox"/> 1 - Masc. 3 - Fem.	14 - Estado Civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Sep. judic. 5 - Outros 6 - IGN		15 - CTPS		Série		Data da emissão		16 - UF	
A c i d e n t e o u d o e n ç a	17 - Carteira de identidade		Data da emissão	Órgão Exp.	18 - UF	19 - PIS/PASEP			20 - Remuneração mensal R\$			
	21 - Endereço Rua/Av./Nº/Comp.		Bairro		CEP		22 - Município		23 - UF	24 - Telefone		
T e s t e m u n h a s	25 - Nome da Ocupação		26 - CBO	27 - Filiação à Previdência Social <input type="checkbox"/> 1 - Empregado 2 - Trab. Avulso 7 - Seg. Especial 8 - Médico resid.			28 - Aposentado? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não		29 - Área? <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural			
	30 - Data do acidente	31 - Hora do acidente	32 - Após quantas horas de trabalho?			33 - Houve afastamento? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não		34 - Último dia trabalhado?				
L e s ã o	35 - Local do acidente		36 - CGC		37 - Município do local do acidente		38 - UF	39 - Especific. do local do acidente				
	40 - Parte(s) do corpo atingida(s)					41 - Agente causador						
D i a g n	42 - Descrição da situação geradora do acidente ou doença						43 - Houve registro policial? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não					
							44 - Houve morte? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não					
M é d i c o	45 - Nome											
	46 - Endereço Rua/Av./Nº/Comp.		Bairro		CEP		47 - Município		48 - UF	Telefone		
	49 - Nome											
I I I	50 - Endereço Rua/Av./Nº/Comp.		Bairro		CEP		51 - Município		52 - UF	Telefone		

Local e data

Assinatura e carimbo do emitente

I I I	53 - Unidade de atendimento médico			54 - Data		55 - Hora	
	56 - Houve internação? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não		57 - Duração provável do tratamento		58 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não		
M é d i c o	59 - Descrição e natureza da lesão						
	60 - Diagnóstico provável					61 - CID - 10	
62 - Observações							

Local e data

Assinatura e carimbo do médico com CRM

I I I	63 - Recebida	64 - Código da Unidade	65 - Número do acidente				<p>Notas:</p> <p>1 - A inexistência das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos arts. 171 e 299 do Código Penal.</p> <p>2 - A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa.</p> <p>3 - A comunicação de acidente do trabalho reger-se-á pelo art. 134 do Decreto nº 2.172/97.</p> <p>4 - Os conceitos de acidente do trabalho e doença ocupacional estão definidos nos arts. 131 a 133 do Decreto nº 2.172/97.</p> <p>5 - A caracterização do acidente reger-se-á pelo art. 135 do Decreto nº 2.172/97.</p>				
	66 - É reconhecido o direito do segurado à habilitação de benefício acidentário <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não	67 - Tipo <input type="checkbox"/> 1 - Típico 2 - Doença 3 - Trajeto	68 - Matrícula do servidor								
Matricula		Assinatura do servidor									

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