



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

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- Inicial 2- Reabertura 3- Comunicação de Óbito em:

I - EMITENTE

Empregador

3- Razão Social /Nome						
4- Tipo 1- CGC/CNPJ 2- CEI 3- CPF 4-NIT		5- CNAE	6- Endereço - Rua/Av.			
Complemento (continuação)		Bairro	CEP	7- Município	8-UF	9- Telefone

Acidentado

10- Nome					
11- Nome da mãe					
12- Data de nasc.	13- Sexo 1- Masc. 3- Fem.	14- Estado civil 1- Solteiro 2- Casado 3- Viúvo 4- Sep. judic. 5- Outro 6 - Ignorado	15- CTPS- Nº /Série/ Data de emissão	16- UF	17- Remuneração Mensal
18- Carteira de Identidade	Data de emissão	Órgão Expedidor	19- UF	20- PIS/PASEP/NIT	
21- Endereço - Rua/Av/					
Bairro		CEP	22- Município	23- UF	24- Telefone
25- Nome da ocupação	26- CBO consulte CBO	27- Filiação à Previdência Social 1- Empregado 2- Tra. avulso 7- Seg. especial 8- Médico residente	28- Aposentado? 1- sim 2- não	29-Áreas 1- Urbana 2- Rural	

Acidente ou Doença

30- Data do acidente	31- Hora do acidente	32- Após quantas horas de trabalho?	33- tipo 1-Típico 2- Doença 3- Trajeto	34- Houve afastamento? 1-sim 2-não	
35- Último dia trabalhado	36- Local do acidente	37 - Especificação do local do acidente		38- CGC/CNPJ	39- UF
40-Município do local do acidente		41-Parte(s) do corpo atingida(s)		42- Agente causador	
43- Descrição da situação geradora do acidente ou doença			44- Houve registro policial ? 1- sim 2- não		
			45- Houve morte ? 1- sim 2- não		

Testemunhas

46- Nome
47- Endereço - Rua/Av/nº/comp.

Bairro	CEP	48- Município	49- UF	Telefone
--------	-----	---------------	--------	----------

50- Nome

51- Endereço - Rua/Av/nº/comp.

Bairro	CEP	52- Município	53- UF	Telefone
--------	-----	---------------	--------	----------

Local e data

Assinatura e carimbo do emitente

II - ATESTADO MÉDICO
Deve ser preenchido por profissional médico.

Atendimento

54- Unidade de atendimento médico	55- Data	56- Hora
-----------------------------------	----------	----------

57- Houve internação 1-sim 2- não	58- Duração provável do tratamento dias	59- Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? 1-sim 2-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 inexatidão 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			
Matricula	Assinatura do servidor		

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