



**PREVIDÊNCIA SOCIAL**  
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

**COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT**

1- Emitente	<input type="text"/>
1- Empregador 2 - Sindicato 3-Médico 4- Seguro ou dependente	
5- Autoridade pública	
2- Tipo de CAT	<input type="text"/>
1- Inicial 2- Reabertura 3- Comunicação de óbito em:	<input type="text"/>

**I - EMITENTE**

**Empregador**

3- Razão Social / Nome <input type="text"/>					
4- Tipo	<input type="text"/>	1-CGC/CNPJ 2-CEI 3-CPF 4-NIT	5- CNAE	6- Endereço - Rua/Av.	
Complemento(continuação)	Bairro	CEP	7- Município	8- U.F.	9- Telefone

**Acidentado**

10- Nome <input type="text"/>					
11- Nome da Mãe <input type="text"/>					
12- Data de Nasc.	13- Sexo	14- Estado Civil	15- CTPS- Nº/Série/Data de emissão	16-UF	17-Remuneração Mensal
	1- Masc. 2- Fem.	1- Solteiro 2- Casado 3-Viúvo 4- Sep. Judic. 5- Outro 6- Ignorado			
18-Carteira de Identidade	Data de emissão	Orgão Expedidor	19- U.F.	20- PIS/PASEP/NIT	
21- Endereço - Rua/Av/					
Bairro	CEP	22- Município	23- UF	24- Telefone	
25- Nome de ocupação	26- CBO	27- Filiação à Previdência Social	28- Aposentado?	29- Áreas	
		1- Empregado 2-Tra. Avulso 7- Seg. especial 8- Médico residente	1- sim 2-não	1- Urbana 2- Rural	

**Acidente ou Doença**

30- Data do Acidente	31- Hora do acidente	32-Após quantas horas de trabalho?	33- Tipo	34-Houve afastamento?
			1-Típico 2-Doença 3-Trajeto	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 <input type="text"/>				
47- Endereço - Rua/Av/nº/comp.				
Bairro	CEP	48- Município	49- UF	Telefone
50- Nome <input type="text"/>				
51- Endereço - Rua/Av/nº/comp.				
Bairro	CEP	52- Município	53- UF	Telefone
Local e data				
Assinatura e carimbo do emitente				

**II - ATESTADO MEDICO**

Deve ser preenchido por profissional médico.

**Atendimento**

54- Unidade de atendimento médico			55- Data	56- Hora
57-Houve internação	58- Duração provável do tratamento	59- Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento?		
1- sim 2-não	<input type="text"/> dias	<input type="text"/> 1- sim 2- não		

**Lesão**

60- Descrição e natureza da lesão	<input type="text"/>
-----------------------------------	----------------------

**Diagnóstico**

61- Diagnóstico provável	62- CID-10
63- Observações:	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
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 inexistência 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 8.213/9.
67- Matrícula do servidor	Assinatura do servidor		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Matrícula			

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