

# CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho

Número da CAT:

## Informações do Emitente

|             |  |                   |  |
|-------------|--|-------------------|--|
| Emitente    |  | Data Emissão      |  |
| Tipo de CAT |  | Comunicação Óbito |  |
| Filiação    |  | E-mail            |  |

## Informações do Empregador

|                   |  |          |  |
|-------------------|--|----------|--|
| Razão Social/Nome |  |          |  |
| Tipo/Num Doc      |  | CNAE     |  |
| CEP               |  | Telefone |  |
| Bairro            |  | Estado   |  |
| Endereço          |  |          |  |
| Município         |  |          |  |

## Informações do Acidentado

|                    |  |             |  |
|--------------------|--|-------------|--|
| Nome               |  |             |  |
| Nome da Mãe        |  |             |  |
| Data de Nascimento |  | Sexo        |  |
| Grau de Instrução  |  |             |  |
| Estado Civil       |  | Remuneração |  |
| CTPS               |  | Identidade  |  |
| PIS/PASEP/NIT      |  | CEP         |  |
| Endereço           |  | Bairro      |  |
| Estado             |  | Município   |  |
| Telefone           |  | CBO         |  |
| Aposentadoria      |  | Área        |  |

## Informações do Acidente

|                                 |  |                              |  |
|---------------------------------|--|------------------------------|--|
| Data do Acidente                |  | Hora do Acidente             |  |
| Horas Trabalhadas               |  | Tipo                         |  |
| Houve Afastamento?              |  | Reg. Policial                |  |
| Local do Acidente               |  |                              |  |
| Esp. Local                      |  |                              |  |
| CNPJ / CGC ou CEI da Prestadora |  | UF do Acidente               |  |
| Município do Acidente           |  | Último dia Trab.<br>Dt Óbito |  |
| Parte do Corpo                  |  |                              |  |
| Agente Causador                 |  |                              |  |
| Sit. Geradora                   |  |                              |  |
| Morte                           |  | Data Óbito                   |  |

Local e Data

Assinatura e carimbo do emitente

## Informações do Atestado Médico

|                  |  |                  |  |
|------------------|--|------------------|--|
| Unidade          |  |                  |  |
| Data Atendimento |  | Hora Atendimento |  |
| Houve Internação |  | Será afastado?   |  |
| Nat. Lesão       |  |                  |  |
| CID - 10         |  |                  |  |
| Observações      |  |                  |  |
| CRM              |  |                  |  |

Local e Data

Assinatura (\*) e carimbo (legível) do médico com CRM/UF

Cadastrada em:

\* 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 juntamente com o(s) documento(s) original(is) referente ao segurado, para requerer o benefício acidentário junto à Agência da Previdência Social.