

NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO (NAT)

1-No.	2-Data	3-Tipo INICIAL REABERTURA COMUNICAÇÃO DE ÓBITO	
Unidade Notificante			
4-UA / UD / UO			5-CNPJ
6-Endereço		7-Bairro	
8-CEP	9-Município		10-UF
11-Telefone		12-E-mail	
Acidentado			
14-RS	15-Nome		
16-Nome da mãe		17-Data nascimento	18-Sexo M F
		19-Estado civil SOLTEIRO CASADO VIÚVO DIVORCIADO	
20-Deficiente N S			
21-CPF	22-CTPS	23-RG	24-PIS/PASEP
25-CEP	26-Município		27-UF
28-Telefone da residência/celular		29-Telefone do trabalho	
Provimento 1			
30-PV/EX	31-Cargo/função		32-CBO
33-Data de início	34-Categoria		
37-Posto de trabalho		38-Unidade	
Provimento 2			
39-PV/EX	40-Cargo/função		41-CBO
42-Data de início	43-Categoria		
46-Posto de trabalho		47-Unidade	
Outro Vínculo			
48-Tipo EX-INAMPS MÉDICO RESIDENTE ESTAGIÁRIO TERCEIRIZADO COMISSONADO APRIMORANDO		49-Função	50-CBO
		51-Data de início	
52-Posto de trabalho		53-Instituição/empresa	

NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO (NAT)

No. da NAT	Nome do acidentado		
Acidente/Doença			
54-Data e hora	55-Depois horas de trabalho	56-Tipo TÍPICO DOENÇA TRAJETO	
57-Último dia trabalhado			
58-Local NA UNIDADE FORA DA UNIDADE TRAJETO		59-Especificação do local	
60-Município			61-UF
62-Jornada de plantão extra N S	63-Partes do corpo acometidas		
64-Agente causador		65-Descrição da situação	
66-Documentos anexos			
Testemunha 1			
67-Nome		68-RG	
69-Endereço		70-Bairro	
71-CEP	72-Município	73-UF	74-Telefone
Testemunha 2			
75-Nome		76-RG	
77-Endereço		78-Bairro	
79-CEP	80-Município	81-UF	82-Telefone
Primeiro Atendimento Médico			
83-Unidade de saúde		84-Data e hora	
85-Houve internação S N		86-Duração provável tratamento (dias)	87-Haverá afastamento S N
88-Descrição da lesão			
89-Diagnóstico principal			90-CID
91-Observações			
Local, data e assinatura do acidentado		Local, data, assinatura e carimbo do superior imediato	
Local, data, assinatura e carimbo do notificante (RH)		Local, data, assinatura e carimbo do representante da COMSAT/CIPA	