

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO				
1 - Emitente: <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Empregador doméstico <input type="checkbox"/> Tomador de serviço avulso ou órgão gestor de mão de obra <input type="checkbox"/> Sindicato <input type="checkbox"/> Trabalhador <input type="checkbox"/> Dependentes <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Autoridade Pública				
2- Tipo de CAT: <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Reabertura <input type="checkbox"/> Comunicação de óbito				
3 - Iniciativa da CAT: <input type="checkbox"/> Iniciativa do empregador <input type="checkbox"/> Ordem judicial <input type="checkbox"/> Determinação de órgão fiscalizador				
4 - Fonte do Cadastramento: <input type="checkbox"/> eSocial <input type="checkbox"/> CatWeb				
5 - Número da CAT:				
6 - Número do recibo do evento no eSocial da CAT de origem (somente deve ser preenchido em caso de retificação ou exclusão)				
II - EMITENTE				
EMPREGADOR				
7- Razão Social / Nome:				
8- Tipo <input type="checkbox"/> CNPJ - <input type="checkbox"/> CNO - <input type="checkbox"/> CAEPF - <input type="checkbox"/> CPF		9- Número de Inscrição:		10- CNAE
ACIDENTADO				
11 - Nome				
12 - CPF:				
13 - Data de Nascimento		14 - Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		15 - Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado
16 - CBO				
17 - Filiação à Previdência Social <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregado doméstico <input type="checkbox"/> Trabalhador Avulso <input type="checkbox"/> Segurado Especial			18 - Áreas <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	
ACIDENTE OU DOENÇA				
19 - Data do Acidente	20 - Hora do Acidente	21 - Após quantas horas de trabalho?	22 - Tipo 1 - Típico 2 - Doença 3 - Trajeto	23 - Houve afastamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

24 - Último dia trabalhado	25 - Local do acidente	26 - Especificação do local do acidente	27 - CNPJ/CAEPF/ CNO do local do acidente (somente se acidente ocorreu no Brasil)	28 - UF (somente se acidente ocorreu no Brasil)
----------------------------	------------------------	---	---	---

29 - Município do local do acidente (somente se acidente ocorreu no Brasil)	30 - País	31 - Parte do corpo atingida (conforme códigos e descrição identificados no eSocial)	32 - Agente causador (conforme códigos e descrição identificados no eSocial)	33 - Lateralidade <input type="checkbox"/> Não aplicável <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Ambas
---	-----------	--	--	--

34 - Descrição da situação geradora do acidente ou doença (conforme códigos e descrição identificados no eSocial)	35 - Houve registro policial? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---

36 - Houve morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	37 - Data do óbito:
---	---------------------

38 - Observações

39 - Data do Recebimento:

III - INFORMAÇÕES DO ATESTADO MÉDICO

ATENDIMENTO

40 - Data	41 - Hora
42 - Houve internação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	43 - Provável duração do tratamento (dias)
	44 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

LESÃO

45 - Descrição e natureza da lesão

DIAGNÓSTICO

46 - Diagnóstico provável	47 - CID-10
48 - Local e Data	49 - Nome do médico, CRM e UF
50 - Observações:	

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

FORMULÁRIO ASSINADO ELETRONICAMENTE - DISPENSA ASSINATURA E CARIMBO