

## COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT

|  |                       |  |   |  |
|--|-----------------------|--|---|--|
| <b>I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</b>  |                       |  |   |  |
| 1 - Emitente:<br><input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Empregador doméstico <input type="checkbox"/> Tomador de serviço avulso ou órgão gestor de mão de obra<br><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:<br><input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Reabertura <input type="checkbox"/> Comunicação de óbito  |                       |  |   |  |
| 3 - Iniciativa da CAT:<br><input type="checkbox"/> Iniciativa do empregador<br><input type="checkbox"/> Ordem judicial<br><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)  |                       |  |   |  |
| <b>II - EMITENTE</b>   |                       |  |   |  |
| <b>EMPREGADOR</b>  |                       |  |   |  |
| 7- Razão Social / Nome:  |                       |  |   |  |
| 8- Tipo<br><input type="checkbox"/> CNPJ - <input type="checkbox"/> CNO - <input type="checkbox"/> CAEPF - <input type="checkbox"/> CPF  |                       | 9- Número de Inscrição:  |   | 10- CNAE   |
| <b>ACIDENTADO</b>  |                       |  |   |  |
| 11 - Nome  |                       |  |   |  |
| 12 - CPF:  |                       |  |   |  |
| 13 - Data de Nascimento  |                       | 14 - Sexo<br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Feminino |   | 15 - Estado Civil<br><input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo<br><input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado |
| 16 - CBO   |                       |  |   |  |
| 17 - Filiação à Previdência Social<br><input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregado doméstico <input type="checkbox"/> Trabalhador Avulso<br><input type="checkbox"/> Segurado Especial  |                       |  | 18 - Áreas<br><input type="checkbox"/> Urbana<br><input type="checkbox"/> Rural |  |
| <b>ACIDENTE OU DOENÇA</b>  |                       |  |   |  |
| 19 - Data do Acidente  | 20 - Hora do Acidente | 21 - Após quantas horas de trabalho?   | 22 - Tipo<br>1 - Típico<br>2 - Doença<br>3 - Trajeto                            | 23 - Houve afastamento?<br><input type="checkbox"/> Sim<br><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<br><input type="checkbox"/> Não aplicável<br><input type="checkbox"/> Esquerda<br><input type="checkbox"/> Direita<br><input type="checkbox"/> Ambas |
|---|-----------|--|--|--|

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

|   |                     |
|---|---------------------|
| 36 - Houve morte?<br><input type="checkbox"/> Sim<br><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?<br><input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | 43 - Provável duração do tratamento (dias) | 44 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento?<br><input type="checkbox"/> Sim<br><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**