



**COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT**

(Ler atentamente as orientações, no verso, antes do preenchimento)

**1 Emitente**  1 - Empregador 2 - Sindicato 3 - Médico 4 - Segurado ou Dependente 5 - Autoridade Pública

**2 Tipo de CAT**  1 - Início 2 - Reabertura 3 - Comunicação de Óbito em: / /

Empregador	3 - Razão Social / Nome <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍ</b>			4 - Tipo <input checked="" type="checkbox"/> 1 - CNPJ 2 - CEI 3 - CPF 4 - NIT				5 - CNAE				
	6 - Endereço (Rua, Av. Nº, Complemento) Rua Getúlio Vargas, 900			Bairro Centro		CEP 87.7702-000		7 - Município Paranaíba		8 - UF PR	9 - Telefone 3421-2323	
Acidentado	10 - Nome					11 - Nome da Mãe						
	12 - Data de Nasc.	13 - Sexo <input type="checkbox"/> 1 - Masc. 3 - Fem.		14 - Estado Civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Sep. Jud. 5 - Outro 6 - IGN			15 - CTPS Nº Série		Data de Emissão		16 - UF	
	17 - Carteira de Identidade		Data de Emissão		Órgão Emissor		18 - UF	19 - PIS / PASEP			20 - Remuneração Mensal	
	21 - Endereço (Rua, Av. Nº, Complemento)			Bairro		CEP		22 - Município		23 - UF	24 - Telefone	
	25 - Nome da Ocupação		26 - CBO	27 - Filiação "a Previdência Social" <input type="checkbox"/> 1 - Empregado 2 - Trab. Avulso 7 - Seg. Especial 8 - Médico Resid;				28 - Aposentado? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não		29 - Área? <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural		
Acidente ou Doença	30 - Data do Acidente	31 - Hora do Acidente		32 - Após quantas horas de Trabalho?			33 - Houve afastamento? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não		34 - Último Dia Trabalho?			
	35 - Local do Acidente		36 - CNPJ Nº		37 - Município do Local do Acidente			38 - UF	39 - Especif. Do local do Acidente			
	40 - Parte(s) do Corpo Atingida(s)						41 - Agente Causador					
	42 - Descrição da Situação Geradora do Acidente ou Doença:								43 - Houve Registro Policial? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não		44 - Houve Morte? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não	
Testemunhas	45 - Nome											
	46 - Endereço (Rua, Av. Nº, Complemento)			Bairro		CEP		47 - Município		48 - UF	Telefone	
	49 - Nome											
50 - Endereço (Rua, Av. Nº, Complemento)			Bairro		CEP		51 - Município		52 - UF	Telefone		

Local e Data

Assinatura e Carimbo do Emitente

II - ATESTADO MÉDICO	53 - Unidade de Atendimento Médico			54 - Data		55 - Hora	
	56 - Houve Internação? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não		57 - Duração Provável do Tratamento dias.		58 - Deverá o Acidentado Afastar-se do Trabalho Durante o Tratamento? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não		
	59 - Descrição e Natureza da Lesão						
	60 - Diagnóstico Provável					61 - CID - 10	
62 - Observações							

Local e Data

Assinatura e Carimbo do Médico com CRM

III - INSS	63 - Recebido	64 - Código da Unidade		65 - Número do Acidente			Notas: 1 - A inexistência das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos Arts. 171 e 299 do Código Penal; 2 - A comunicação de acidente de trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa; 3 - A comunicação de acidente de trabalho reger-se-á pelo Art. 134 do Decreto Nº 2.172/97; 4 - Os conceitos de acidente de trabalho e doença ocupacional estão definidos nos Arts. 131 a 133 do Decreto Nº 2.172/97; 5 - A caracterização de acidente reger-se-á, pelo Art. 135 do Decreto Nº 2.172/97.				
	Em:	66 - É Reconhecido o Direito do Segurado 'a Habilitação de Benefício Acidentário <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não			67 - Tipo <input type="checkbox"/> 1-Típico 2-Doença 3-Trajeto						
	68 - Matrícula do Servidor				Assinatura do Servidor						

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