



**COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT**

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

<b>1 Emitente</b> <input type="checkbox"/> 1	1 - Empregador	2 - Sindicato	3 - Médico
	4 - Segurado ou Dependente		5 - Autoridade Pública
<b>2 Tipo de CAT</b> <input type="checkbox"/>	1 - Início 2 - Reabertura 3 - Comunicação de Óbito em: / /		

<b>1 - EMITENTE</b>	<b>Empregador</b>	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		
		10 - Nome					11 - Nome da Mãe						
	<b>Acidentado</b>	12 - Data de Nasc.		13 - Sexo <input type="checkbox"/>		14 - Estado Civil <input type="checkbox"/>			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"/>				28 - Aposentado? <input type="checkbox"/>		29 - Área? <input type="checkbox"/>		
				1 - Empregado 2 - Trab. Avulso		7 - Seg. Especial 8 - Médico Resid;		1 - Sim 2 - Não		1 - Urbana 2 - Rural			
	<b>Acidente ou Doença</b>	30 - Data do Acidente		31 - Hora do Acidente		32 - Após quantas horas de Trabalho?			33 - Houve afastamento? <input type="checkbox"/>		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			
<b>Testemunhas</b>	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

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

Local e Data

Assinatura e Carimbo do Médico com CRM

<b>III - INSS</b>	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"/>				67 - Tipo <input type="checkbox"/>		
	1 - Sim 2 - Não		1-Típico 2-Doença 3-Trajeto				
68 - Matrícula do Servidor		Matrícula		Assinatura do Servidor			

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