

ANEXO III.3

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE NO TRABALHO – REGIME GERAL DE PREVIDÊNCIA

PREVIDÊNCIA SOCIAL INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL	1 – Emitente <input type="checkbox"/>
COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT	1 – Empregador, 2 – Sindicato, 3 – Médico, 4 – Segurado ou dependente, 5 – Autoridade pública
	2 – Tipo de CAT <input type="checkbox"/>
	1 – Inicial, 2 – Reabertura, 3 Comunicação de Óbito <input type="checkbox"/>

I - EMITENTE

Empregador

3- Razão Social /Nome <input type="text"/>					
4- Tipo <input type="checkbox"/> 1- CGC/CNPJ 2- CEI 3- CPF 4-NIT <input type="text"/>		5- CNAE <input type="text"/>	6- Endereço - Rua/Av. <input type="text"/>		
Complemento (continuação) <input type="text"/>	Bairro <input type="text"/>	CEP <input type="text"/>	7- Município <input type="text"/>	8-UF <input type="text"/>	9- Telefone <input type="text"/>

Acidentado

10- Nome <input type="text"/>					
11- Nome da mãe <input type="text"/>					
12- Data de nasc. <input type="text"/>	13- Sexo <input type="checkbox"/> 1- Masc. 3- Fem.	14- Estado civil <input type="checkbox"/> 1- Solteiro 2- Casado 3- Viúvo 4- Sep. judic. 5- Outro 6 - Ignorado	15- CTPS- Nº /Série/ Data de emissão <input type="text"/>	16- UF <input type="text"/>	17- Remuneração Mensal <input type="text"/>

18- Carteira de Indentidade <input type="text"/>	Data de emissão <input type="text"/>	Orgão Expedidor <input type="text"/>	19- UF <input type="text"/>	20- PIS/PASEP/NIT <input type="text"/>
21- Endereço - Rua/Av/ <input type="text"/>				
Bairro <input type="text"/>	CEP <input type="text"/>	22- Município <input type="text"/>	23- UF <input type="text"/>	24- Telefone <input type="text"/>
25- Nome da ocupação <input type="text"/>	26- CBO <input type="text"/>	27- Filiação à Previdência Social <input type="checkbox"/> 1- Empregado 2- Tra. avulso 7- Seg. especial 8- Médico residente	28- Aposentado? <input type="checkbox"/> 1- sim 2- não	29- Áreas <input type="checkbox"/> 1- Urbana 2- Rural
Acidente ou Doença				
30- Data do acidente <input type="text"/>	31- Hora do acidente <input type="text"/>	32- Após quantas horas de trabalho? <input type="text"/>	33- tipo <input type="checkbox"/> 1-Típico 2- Doença 3- Trajeto	34- Houve afastamento? <input type="checkbox"/> 1-sim 2-não
35- Último dia trabalhado <input type="text"/>	36- Local do acidente <input type="text"/>	37 - Especificação do local do acidente <input type="text"/>	38- CGC/CNPJ <input type="text"/>	39- UF <input type="text"/>
40- Município do local do acidente <input type="text"/>	41- Parte(s) do corpo atingida(s) <input type="text"/>	42- Agente causador <input type="text"/>		
43- Descrição da situação geradora do acidente ou doença <input type="text"/> <input type="text"/>			44- Houve registro policial ? <input type="checkbox"/> 1- sim 2- não	
			45- Houve morte ? <input type="checkbox"/> 1- sim 2- não	
Testemunhas				
46- Nome <input type="text"/>				
47- Endereço - Rua/Av/nº/comp. <input type="text"/>				

Bairro <input type="text"/>	CEP <input type="text"/>	48- Município <input type="text"/>	49- UF <input type="text"/>	Telefone <input type="text"/>
--------------------------------	-----------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

50- Nome

51- Endereço - Rua/Av/nº/comp.

Bairro <input type="text"/>	CEP <input type="text"/>	52- Município <input type="text"/>	53- UF <input type="text"/>	Telefone <input type="text"/>
--------------------------------	-----------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

Local e data

Assinatura e carimbo do emitente _____

II - ATESTADO MÉDICO
Deve ser preenchido por profissional médico.

Atendimento

54- Unidade de atendimento médico <input type="text"/>	55- Data <input type="text"/>	56- Hora <input type="text"/>
---	----------------------------------	----------------------------------

57- Houve internação <input type="checkbox"/> 1-sim 2- não	58- Duração provável do tratamento <input type="text"/> dias	59- Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input type="checkbox"/> 1-sim 2-não
---	--	---

Lesão

60- Descrição e natureza da lesão

Diagnóstico

61- Diagnóstico provável <input type="text"/>	62- CID-10 <input type="text"/>
--	------------------------------------

63- Observações:

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Local e data

Assinatura e carimbo do médico com CRM

III - INSS

64- Recebida em

65- Código da Unidade

66-Número do CAT

Notas:

1- A inexatidão das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos artigos. 171 e 299 do Código Penal.

2- A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa, na forma prevista no art. 22 da Lei nº 8.213/91.

67- Matrícula do servidor

Matricula

Assinatura do servidor

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