

# CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho

Número da CAT:

## Informações do Emitente

Emitente		Data Emissão	
Tipo de CAT		Comunicação Óbito	
Filiação		E-mail	

## Informações do Empregador

Razão Social/Nome			
Tipo/Num Doc		CNAE	
CEP		Telefone	
Bairro		Estado	
Endereço			
Município			

## Informações do Acidentado

Nome			
Nome da Mãe			
Data de Nascimento		Sexo	
Grau de Instrução			
Estado Civil		Remuneração	
CTPS		Identidade	
PIS/PASEP/NIT		CEP	
Endereço		Bairro	
Estado		Município	
Telefone		CBO	
Aposentadoria		Área	

## Informações do Acidente

Data do Acidente		Hora do Acidente	
Horas Trabalhadas		Tipo	
Houve Afastamento?		Reg. Policial	
Local do Acidente			
Esp. Local			
CNPJ / CGC ou CEI da Prestadora		UF do Acidente	
Município do Acidente		Último dia Trab. Dt Óbito	
Parte do Corpo			
Agente Causador			
Sit. Geradora			
Morte		Data Óbito	

Local e Data

Assinatura e carimbo do emitente

## Informações do Atestado Médico

Unidade			
Data Atendimento		Hora Atendimento	
Houve Internação		Será afastado?	
Nat. Lesão			
CID - 10			
Observações			
CRM			

Local e Data

Assinatura (\*) e carimbo (legível) do médico com CRM/UF

Cadastrada em:

\* A apresentação do atestado médico original, com as informações de identificação do médico assistente, substitui o preenchimento deste campo. A impressão desta CAT deverá ser apresentada juntamente com o(s) documento(s) original(is) referente ao segurado, para requerer o benefício acidentário junto à Agência da Previdência Social.