



COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT		Nº DMST 2023.
ACIDENTADO		
1 - Nome:		
2 - Nome da Mãe:		
3 - Data de Nascimento:	4 - Sexo	5 - Estado Civil:
6 - CPF:		
7 - Endereço / Domicílio:		
8 - Bairro:		
9 - CEP n.º:	10 - Município:	11 - UF:
12 - Telefone / Residencial		
13 - Cargo:	14 - Prontuário :	
15 - Lotação:		
16 - Aposentado ? SIM () NÃO ()		
ACIDENTE / DOENÇA		
17 - Data do Acidente:	18 - Hora do Acidente:	
19 - Após quantas horas de trabalho ?		
20 - Tipo : Em serviço [] Doença [] Trajeto []		
21 - Houve Afastamento ? SIM [] NÃO []	22 - Último dia trabalhado:	
23 - Local do Acidente:		
24 - Especificação do local do acidente:		
25 - Trajeto usual do segurado:		
26 - Meio de locomoção utilizado pelo segurado quando sofreu acidente:		
27 - Houve alteração / mudança do trajeto ? SIM [] NÃO []		
28 - Caso positivo, explique os motivos:		
29 - Parte do corpo atingida:		
30 - Agente causador:		
31 - Descrição da situação causadora do acidente / doença:		
32 - Houve registro policial (B.O. / T.C.) ? SIM [] NÃO []		
33 - Houve morte ? SIM [] NÃO []		
NOTA: A falsificação de documentos médicos (atestados) e a inexatidão das declarações da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) acarretará na aplicação das penalidades cabíveis.		
"A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE DE TRABALHO - CAT - É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO."		
(NÃO IMPRIMIR FRENTE E VERSO)		



TESTEMUNHAS

34 - Nome

35 - Endereço / Domicílio

36 - Bairro

37 - CEP n.º

38 - Município

39 - UF

40 - Telefone / Residencial

41 - End. Comercial

ASSINATURA

42 - Nome

43 - Endereço / Domicílio

44 - Bairro

45 - CEP n.º

46 - Município

47 - UF

48 - Telefone / Residencial

49 - End. Comercial

ASSINATURA

50 - Data de Emissão da CAT :

Nome do Emissor: _____

Prontuário Emissor: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

ATESTADO MÉDICO

Deve ser preenchido pelo médico do trabalho

51 - Nome do Servidor

52 - Local do primeiro atendimento médico

53 - Data do atendimento

54 - Hora

55 - Houve Internação ? SIM [] NÃO []

56 - Duração provável do tratamento

57 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento ? SIM [] NÃO []

LESÃO

58 - Descrição e natureza da lesão

59 - Diagnóstico provável

60 - CID-10

61 - Observações .

Local e Data

Assinatura e carimbo do médico com n.º do CRM

(NÃO IMPRIMIR FRENTE E VERSO)