

**PREVIDÊNCIA SOCIAL**  
**Instituto Nacional do Seguro Social**  
**COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT**

1 - Emitente  1  
 1-Empregador 2-Sindicato 3-Médico 4-Segurado ou Dep. 5-Autoridade Policial

2 - Tipo de CAT  1  
 1-Inicial 2-Reabertura 3-Comunicação de Óbito em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Empregador	3 - Razão Social / Nome <b>ABC INDUSTRIA E COMERCIO LTDA</b>								
	4 - Tipo <input type="checkbox"/> 1 1 - CGC/CNPJ 2 - CEI 3 - CPF 4 - NIT 44209286000195			5 - CNAE 5522-09		6 - Endereço Rua/Av./No./Complemento <b>RUA TIRADENTES, 200</b>			
	Rua/Av./No./Complemento ( Continuação )				Bairro CENTRO	CEP 01320904	7 - Município SAO PAULO	8 - UF SP	9 - Telefone 11-3255-9955

Acidentado	10 - Nome <b>JOAO CARLOS OLIVEIRA</b>										
	11 - Nome da Mãe <b>SONIA MUNHOZ OLIVEIRA</b>										
	12 - Data Nasc 15/04/1965		13 - Sexo Masculino		14 - Estado Civil <input type="checkbox"/> 2 1-Solt. 2-Casado 3-Viuvo 4-Sep.Jud.5-Outr 6-Ignora		15 - CTPS 1052520	Serie 00019	Emissão 01/10/1984	16 - UF SP	17 - Remuneração Mensal 4,400.00
	18 - Carteira de Identidade 15.520.467X		Data da Emissão 15/10/1979		Orgão Expedidor SSP/SP	19 - UF	20 - PIS/PASEP/NIT		21 - Endereço (Rua/Av./N./Complemento) <b>RUA CAPITÃO ARTHUR, 1001</b>		

Rua/Av./N./Complemento				Bairro BELA VISTA	CEP 13600001	22 - Município ARARAS	23 - UF SP	24 - Telefone 19-35420105	
25 - Nome da Ocupação <b>GERENTE ADMINISTRATIVO</b>			26 - CBO 142105	27 - Filiação à Previdência Social <input type="checkbox"/> 1 1-Empregado 2-Trab.Avulso 7-Seg.Especial 8-Med.Resid			28 - Aposentado <input type="checkbox"/> 2 1-Sim 2-Não	29 - Área <input type="checkbox"/> 1 1-Urbana 2-Rural	

Acidente ou Doença	30 - Data do Acidente 23/08/2011		31 - Hora do Acidente		32 - Após quantas horas de trabalho			33 - Tipo <input type="checkbox"/> 1 1-Tipico 2-Doença 3-Trajeto		34 - Houve Afastamento <input type="checkbox"/> 1 1-Sim 2-Não	
	35 - Último dia trabalhado 23/08/2011		36 - Local do Acidente <input type="checkbox"/> 1		37 - Especif. do local do acidente			38 - CGC/CNPJ		39 - UF	
	40 - Município do Acidente		41 - Parte(s) do corpo atingida(s)				42 - Agente Causador				
	43 - Descrição da situação geradora do acidente ou doença						44 - Houve registro policial? <input type="checkbox"/> 2 1-Sim 2-Não			45 - Houve morte? <input type="checkbox"/> 2 1-Sim 2-Não	

Testemunhas	46 - Nome							Telefone		
	47 - Endereço (Rua/Av./N./Complemento)				Bairro	CEP		48 - Município		49 - UF
	50 - Nome							Telefone		
	51 - Endereço (Rua/Av./N./Complemento)				Bairro	CEP		52 - Município		53 - UF

**SAO PAULO/SP, 23/08/2011**

Local e Data

Assinatura e Carimbo do Emitente

II - ATESTADO MÉDICO	54 - Unidade de atendimento médico		55 - Data ____/____/____		56 - Hora	
	57 - Houve internação <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não		58 - Duração provável do tratamento ____ dias		59 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não	
	60 - Descrição e natureza da lesão					
	61 - Diagnóstico provável				62 - CID - 10	
63 - Observações						

Local e Data

Assinatura e Carimbo do médico com CRM

III - INSS	64 - Recebida em ____/____/____		65 - Código da unidade		66 - Número da CAT	
	67 - Matrícula do servidor  Matrícula			Assinatura do servidor		

Notas:

- 1 - Inexatidão 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, na forma prevista no art. 22 da Lei 8.212/91

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