



PREVIDÊNCIA SOCIAL

Comunicação de Acidente do Trabalho SERVIDOR PSS ou Cargo de Comissão

(Preencher digitado ou manuscrito)

1. Emitente <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Sindicato <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Segurado ou dependente <input type="checkbox"/> Autoridade pública					
2. Tipo de CAT <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Reabertura <input type="checkbox"/> Comunicação de Óbito					
I. EMITENTE					
Empregador					
3. Razão Social / Nome Unioeste – Universidade Estadual do Oeste do Paraná					
4. Tipo CNPJ:		5. CNAE		6. Endereço (Rua/Avenida)	
Complemento	Bairro	CEP	7. Município	8. UF	9. Telefone
Acidentado					
10. Nome					
11. Nome da mãe					
12. Data de Nascimento __/__/__		13. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		14. Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outro	
15. CTPS – n° / série / Data de Emissão		16. UF		17. Remuneração Mensal	
18. Carteira de Identidade (RG)		Data de Emissão __/__/__	Órgão Expedidor		19. UF
20. PIS / PASEP / NIT					
21. Endereço - Rua / Avenida					
Bairro	CEP	22. Município	23. UF	24. Telefone	
25. Nome da Ocupação		26. CBO			
27. Filiação à Previdência Social <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Trab. Avulso <input type="checkbox"/> Seg. Especial <input type="checkbox"/> Médico Residente			28. Aposentado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		29. Áreas <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural
Acidente ou Doença					
30. Data do Acidente __/__/__	31. Hora do Acidente __:__	32. Após quantas horas de trabalho? __:__	33. Tipo <input type="checkbox"/> Típico <input type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/> Trajeto		34. Houve afastamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
35. Último dia Trabalhado __/__/__	36. Local do Acidente		37. Especificação do Local do acidente		38. CNPJ
39. UF	40. Município do local do acidente	41. Parte do Corpo atingida		42. Agente Causador	
43. Descrição da situação geradora do acidente ou doença			44. Houve registro policial? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
			45. Houve morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Testemunha					
46. Nome					
47. Endereço - Rua / Avenida					
Bairro	CEP	48. Município	49. UF	Telefone	
Local e Data			Assinatura e carimbo		



PREVIDÊNCIA SOCIAL

II. ATESTADO MÉDICO
Deve ser preenchido por profissional médico

Atendimento

54. Unidade de Atendimento médico	55. Data	56. Hora
--	-----------------	-----------------

57. Houve internação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	58. Provável duração do tratamento (dias): _____	59. Deverá o acidente afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	---

Lesão

60. Descrição e natureza da lesão

Diagnóstico

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	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	_____ Assinatura do servidor		

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

Chefia Imediata: _____ Data: ____/____/____ Nome: _____ _____ Assinatura e Carimbo	Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade por elas. _____ Assinatura do Servidor
--	--