

# Informações do Emitente

**ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CORUMBÁ**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO E PLANEJAMENTO**

**CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE OCUPACIONAL E PERICIA DOS SERVIDORES**

CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho

Número da CAT:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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, substituí o prenchimento deste campo.