

I- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Emitente	Tipo de CAT	Iniciativa da Cat	Número da CAT (mesmo doc SEI)

II- EMITENTE

EMPREGADOR

Razão Social / CNPJ / CNAE

Secretaria:		Diretoria:	
Gerencia:		Coordenadoria:	
Endereço:		Telefone:	

ACIDENTADO

Nome:		CPF:					
Matricula 01		Horário Trabalho		Matricula 02		Horário Trabalho	
Data de Nascimento:		sexo:		Estado Civil:		Área:	
Cargo:		Função:					

ACIDENTE OU DOENÇA

Data do Acidente	Hora do Acidente	Após quantas horas de trabalho	Tipo	Ultimo dia trabalhado
Houve Afastamento?	Especificação do local do acidente	CNPJ do local do acidente	UF	Município do local do acidente

Parte do corpo atingida

--

Agente Causador

--

Lateralidade	Descrição da Situação Geradora do Acidente ou da Doença

Houve Registro Policial?		Houve Morte?		Data do Óbito	
--------------------------	--	--------------	--	---------------	--

Observação:

Data do recebimento do comunicado do acidente ou doença:

III- INFORMAÇÕES DO ATESTADO MÉDICO

ATENDIMENTO

Data	Hora	Houve internação?	Provável duração do Tratamento (dias)	Deverá afastar-se do trabalho durante o tratamento?

Unidade de Atendimento:

LESÃO

Descrição e Natureza da Lesão

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico provável:

CID-10:

Local e Data:

Nome do Médico - CRM - UF

Observações