

1. Emitente   
 1-Empregador 2-Sindicato 3-Médico 4-Segurado ou dependente 5-Autoridade Pública

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

<b>I - EMITENTE</b>	<b>Funcional</b>	3. Órgão de Lotação		4. Cargo/Função		5. Chefia Imediata		6. Telefone Institucional			
		7. Endereço (Rua/Av/Nº)				Bairro:		8. Município		9. Telefone:	
		10. Vínculo empregatício <input type="checkbox"/> 1-Servidor Efetivo 2-Servidor Contratado 3-Prestador de Serviço									
	<b>Dados do Servidor</b>	11. Nome					12. Nome da mãe				
		13. Data de Nasc		14. Sexo <input type="checkbox"/> 1-Fem 2-Mas		15. Estado Civil <input type="checkbox"/> 1-Solteiro 2-Casado 3-Viúvo 4-Amasiado 5-Outro					
		16. Carteira de Identidade		Data de Emissão		Órgão Expedidor		17. UF		18. CPF	
		19. Endereço (Rua/Av/Nº)				Bairro:		20. Município		21. Telefone:	
	<b>Acidente ou Doença</b>	22. Data do Acidente		23. Hora do Acidente		23. Após quantas horas de trabalho?		24. Houve Afastamento? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não		25. Último dia Trabalhado	
		26. Local do Acidente			27. Parte do corpo atingido			28. Agente causador do Acidente ou Doença			
		29. Descrição da situação geradora do acidente ou doença						30. Houve registro policial? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não			
								31. Houve morte? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não			
	<b>Testemunhas</b>	32. Nome									
33. Endereço (Rua/Av/Nº)				Bairro		34. Município		35. Telefone:			
36. Nome											
37. Endereço (Rua/Av/Nº)				Bairro		38. Município		39. Telefone:			

Local e Data				Assinatura e Carimbo do GDP			
<b>II - ATENDIMENTO MÉDICO</b>	40. Unidade de atendimento médico			41. Data		42. Hora	
	43. Houve internação <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não		44. Duração provável do tratamento		45. Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não		
	46. Descrição e natureza da lesão (descrever o aspecto e condições da lesão)						
	47. Diagnóstico provável						48. CID-10
	49. Observações						

Local e Data				Assinatura e Carimbo do Médico com CRM			
<b>III - GDP</b>	50. Recebida Em ___/___/___		51. Número da CAT				
	52. Matrícula do servidor						Notas: 1 – A inexatidão das declarações desta comunicação, implicará nas sanções previstas nos arts. 171 e 299 do Código Penal. 2 – A prova do acidente de trabalho ser feita no prazo de 10 (dez) dias após o acidente, sendo prorrogável conforme a circunstância, de acordo com a Lei nº 093/2003. 3 – Agente causador do Acidente: Descrição do espaço físico ou objeto que provocou o acidente. Ex: escada, rua, piso, passarela, corredor, agulha, substância química, animais; e outros) 4 – Agente causador da Doença: Ex: esforço excessivo; exposição a ruído; exposição a temperaturas elevadas; inalação de substância cáustica, tóxica ou nociva; e outros). 5 – Emitente: Poderá ser preenchido por qualquer pessoa na impossibilidade do próprio acidentado preencher
	Assinatura do Servidor						

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