

Este formulário pode ser preenchido "on-line". Está disponível em:  
[http://menta2.dataprev.gov.br/prevfacil/prevform/benef/pg\\_internet/ifben\\_menu.asp](http://menta2.dataprev.gov.br/prevfacil/prevform/benef/pg_internet/ifben_menu.asp)



**PREVIDÊNCIA SOCIAL**  
**INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL**

1- Emitente

1- Empregador 2- Sindicato 3- Médico 4- Segurado ou dependente  
5- Autoridade pública

**COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO -  
CAT**

2- Tipo de CAT

1- Inicial 2- Reabertura 3- Comunicação de Óbito em:

**I - EMITENTE**

**Empregador**

3- Razão Social /Nome

4- Tipo  1- CGC/CNPJ 2- CEI 3- CPF 4-NIT

5- CNAE

6- Endereço - Rua/Av.

Complemento (continuação)

Bairro

CEP

7- Município

8-UF

9- Telefone

**Acidentado**

10- Nome

11- Nome da mãe

12- Data de nasc.

13- Sexo   
1- Masc. 3- Fem.

14- Estado civil   
1- Solteiro 2- Casado 3- Viúvo  
4- Sep. judic. 5- Outro  
6 - Ignorado

15- CTPS- Nº /Série/ Data de emissão

16- UF

17- Remuneração Mensal

18- Carteira de Indentidade

Data de emissão

Orgão Expedidor

19- UF

20- PIS/PASEP/NIT

21- Endereço - Rua/Av/

Bairro

CEP

22- Município

23- UF

24- Telefone

25- Nome da ocupação

26- CBO

27- Filiação à Previdência Social   
1- Empregado 2- Tra. avulso 7- Seg. especial  
8- Médico residente

28- Aposentado?   
1- sim 2- não

29-Áreas   
1- Urbana 2- Rural

**Acidente ou Doença**

30- Data do acidente

31- Hora do acidente

32-Após quantas horas de trabalho?

33- tipo   
1-Típico 2- Doença 3- Trajeto

34- Houve afastamento?   
1-sim 2-não

35- Último dia trabalhado

36- Local do acidente

37 - Especificação do local do acidente

38- CGC/CNPJ

39- UF

40-Município do local 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 ?  1- sim 2- não

45- Houve morte ?  1- sim 2- não

**Testemunhas**

46- Nome

47- Endereço - Rua/Av/nº/comp.

Bairro

CEP

48- Município

49- UF

Telefone

50- Nome

51- Endereço - Rua/Av/nº/comp.

Bairro

CEP

52- Município

53- UF

Telefone

Local e data

Assinatura e carimbo do emitente

## II - ATESTADO MÉDICO

Deve ser preenchido por profissional médico.

### Atendimento

54- Unidade de atendimento médico

55-Data

56- Hora

57- Houve internação   
1-sim 2- não

58- Duração provável do tratamento  dias

59- Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento?  
  
1-sim 2-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 do CAT

67- Matrícula do servidor  
  
Matrícula

Assinatura do servidor

#### 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.

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

[Instruções de Preenchimento](#)