

 PREVIDÊNCIA SOCIAL	Comunicação de Acidente de Trabalho Número da CAT:2016.009.733-9/01
---	--

Informações do Emitente

Emitente	1 - Empregador	Data Emissão	05/01/2016
Tipo de CAT	1 - Inicial	Comunicação Óbito	
Filiação	1 - Empregado	E-mail	RH@CAMARAIPATINGA.MG.GOV.BR

Informações do Empregador

Razão Social/Nome	CAMARA MUNICIPAL DE IPATINGA		
Tipo/Num. Doc.	1 - CGC/CNPJ 198716800001-47	CNAE	84116
CEP	35160011	Endereço	PC TRES PODERES S/N EDIFICIO VEREADOR JOSE OROZIMBO DA
Bairro	CENTRO	Estado	MG
Município	IPATINGA	Telefone	31-38291224

Informações do Acidentado

Nome	RONILSON COELHO DA SILVA	Data Nascimento	03/06/1966
Nome da Mãe	MARIA MADALENA DA SILVA	Sexo	Masc
Grau de Instrução	6 - Ensino médio completo		
Estado Civil	Casado	Remuneração	6.238,68
CTPS	038901 Série: 00022 Dt emissão: 11/07/2008 UF: MG	Identidade	=7=4>672>95 Dt emissão: 07/07/2009 Org Exp: 01 UF: MG
PIS/PASEP/NIT	1221268399-7	Endereço	RUA CALENDULA
Bairro	BOM JARDIM	CEP	35162602
Estado	MG	Município	IPATINGA
Telefone	3100-0088194366	CBO	410105 - SUPERVISOR ADMINISTRATIVO
Aposentado	Não	Área	Urbana

Informações do Acidente

Data do Acidente	05/01/2016	Hora do Acidente	18:30
Horas Trabalhadas	06:00	Tipo	3 - Trajeto
Houve afastamento?	Sim	Reg. Policial	Não
Local do Acidente	3 - Área Pública	Esp. Local	AVENIDA ORQUIDEA
CGC da Prestadora	CNPJ - -	UF do Acidente	MG
Município do Acidente	IPATINGA	Último dia Trabalho/Dt Óbito	05/01/2016
Parte do Corpo	75.70.30.000 - ARTICULACAO DO TORNOZELO		
Agente Causador	30.20.10.550 - CHAO - SUPERFICIE UTILIZADA PARA SUSTENTAR		
Sit. Gerador	20.00.12.700 - QUEDA DE PESSOA COM DIFERENCA DE N		
Morte	Não	Data Óbito	

Ipatinga/MG, 05 de janeiro de 2016
Local e Data


Assinatura e carimbo do emitente
Superintendente Geral

CAMARA MUNICIPAL DE IPATINGA
 Praça dos Três Poderes, s/nº - Ed. Mar. José Orosimbo da Silva
 Bairro Centro - CEP: 35.160-011
 IPATINGA - MG

19.871.680/0001-47

Informações do Atestado Médico

Unidade	UPA IPATINGA	Data Atend.	05/01/2016
Hora Atend.	18:30	Houve Internação?	Não
Deverá o acidentado afastar-se durante o tratamento?	Sim - 005 dia(s)		
Nat. Lesão	70.20.15.000 - CONTUSAO, ESMAGAMENTO (SUPERFICIE CUTANEA INTA		
CID - 10	S90 0 - Contusao do tornozelo		
Observações	CONTUSAO DO TORNOZELO E PE ESQ	CRM	0000033497 - UF: MG

Local e Data

Assinatura(*) e carimbo (legível) do médico com CRM/UF

Cadastrada em 11/01/2016

* A apresentação do atestado médico original, com as informações de identificação do médico assistente, substitui o preenchimento deste campo.

A impressão desta CAT deverá ser apresentada juntamente com o(s) documento(s) original(is) referente ao Segurado, para requerer o benefício acidentário junto à Agência da Previdência Social.

360.000.250.101



PREFEITURA MUNICIPAL DE IPATINGA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT

1 - Emitente	<input checked="" type="checkbox"/> 1	2 - Sindicato		3 - Médico		5 - Autoridade Pública	
1 - Empregador		4 - Segurado ou Dependente					

2 - Tipo de CAT	<input checked="" type="checkbox"/> 1	1 - Início	2 - Reabertura	3 - Comunicação de Óbito em:	/ /
-----------------	---------------------------------------	------------	----------------	------------------------------	-----

I - Emitente	3 - Razão Social / Nome		4 - Tipo <input checked="" type="checkbox"/> 1 - CNPJ 2 - CEI 3 - CPF 4 - NIT				5 - CNAE	
	6 - Endereço (Rua, Av. Nº, Complemento)		Bairro		CEP	7 - Município	8 - UF	9 - Telefone
	10 - Nome		11 - Nome da Mãe					
	12 - Data de Nasc.	13 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Masc. 3 - Fem.	14 - Estado Civil <input checked="" type="checkbox"/> 2		15 - CTPS Nº	Série	Data de Emissão	16 - UF
	17 - Carteira de Identidade		Data de Emissão	Órgão Emissor	18 - UF	19 - PIS / PASEP	20 - Remuneração Mensal	
	21 - Endereço (Rua, Av. Nº, Complemento)		Bairro	CEP	22 - Município		23 - UF	24 - Telefone
	25 - Nome da Ocupação		26 - CBO	27 - Filiação Previdência Social <input checked="" type="checkbox"/> 1		28 - Aposentado? <input checked="" type="checkbox"/> 2		29 - Área? <input checked="" type="checkbox"/> 1
	30 - Data do Acidente		31 - Hora do Acidente	32 - Após quantas horas de Trabalho?		33 - Houve afastamento? <input checked="" type="checkbox"/> 1		34 - Último Dia Trabalho?
	35 - Local do Acidente		36 - CNPJ Nº	37 - Município do Local do Acidente		38 - UF	39 - Especif. Do local do Acidente	
	40 - Parte(s) do Corpó Atingida(s)		41 - Agente Causador					
42 - Descrição da Situação Geradora do Acidente ou Doença:		43 - Houve Registro Policial? <input checked="" type="checkbox"/> 2				44 - Houve Morte? <input checked="" type="checkbox"/> 2		
45 - Nome								
46 - Endereço (Rua, Av. Nº, Complemento)		Bairro	CEP	47 - Município	48 - UF	49 - Telefone		
49 - Nome								
50 - Endereço (Rua, Av. Nº, Complemento)		Bairro	CEP	51 - Município	52 - UF	53 - Telefone		

Local e Data: Ipatinga, 05 de janeiro de 2016.

CÂMARA MUNICIPAL DE IPATINGA
 Praça dos Três Poderes, nº - Ed. Ver. José Oroszimbo da Silva
 Bairro Centro - CEP 35.160-011
 IPATINGA - MG
Guilherme de Sousa Loures
 Superintendente Geral

II - Atestado Médico	53 - Unidade de Atendimento Médico		54 - Data		55 - Hora	
	56 - Houve Internação? <input checked="" type="checkbox"/> 2		57 - Duração Provável do Tratamento		58 - Deverá o Acidentado Afastar-se do Trabalho Durante o Tratamento? <input checked="" type="checkbox"/> 1	
	59 - Descrição e Natureza da Lesão					
	60 - Diagnóstico Provável					
61 - CID - 10						
62 - Observações						

Local e Data: IPATINGA 05/01/16

Dra. PERLE SIBAZKI
 Assinatura e Carimbo do Médico com CRM
 13497
 CONTROLADO

III - INSS	63 - Recebido Em:		64 - Código da Unidade	65 - Número do Acidente		Notas: 1 - A inexistência das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos Arts. 171 e 299 do Código Penal; 2 - A comunicação de acidente de trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa; 3 - A comunicação de acidente de trabalho reger-se a pelo art. 134 do Decreto Nº 2.172/97; 4 - Os conceitos de acidente de trabalho e doença ocupacional estão definidos nos Arts. 131 a 133 do Decreto Nº 2.172/97; 5 - A caracterização de acidente reger-se a pelo art. 135 do Decreto Nº 2.172/97.
	66 - É Reconhecido o Direito do Segurado 'a Habilitação de Benefício Acidentário		67 - Tipo			
	68 - Matrícula do Servidor		Assinatura do Servidor			

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