

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- 1 - Emitente: Empregador Empregador Doméstico Autoridade Pública
 Sindicato Trabalhador Dependentes Médico
 Tomador de serviço avulso ou órgão gestor de mão de obra
- 2 - Tipo de CAT: Inicial Reabertura Comunicação de óbito
 3 - Iniciativa da CAT: Iniciativa do empregador Ordem judicial Determinação de órgão fiscalizador

II - EMITENTE
EMPREGADOR

7- Razão Social / Nome: _____
 8 - Tipo: CNPJ CNO CAEPF CPF

ACIDENTADO

11 - Nome: _____ 12 - CPF: _____ 13 - Data de nascimento: _____

14 - Sexo: Masculino Feminino

15 - Estado Civil: Solteiro Casado Viúvo Divorciado Separado Outros

16 - CBO: _____ 17 - Filiação à Previdência Social:
 Empregado Trabalhador Avulso Segurado Especial Empregado doméstico

18 - Áreas: Urbana Rural

ACIDENTE OU DOENÇA

19 - Data do acidente: _____ 20 - Hora do acidente: _____ 21 - Após quantas horas de trabalho? _____

22 - Tipo: Típico Doença Trajeto

23 - Houve afastamento? Sim Não 24 - Último dia trabalhado:

25 - Local do acidente: _____

26 - Especificação do local do acidente: _____

27 - CNPJ/CAEPF/ CNO do local do acidente (somente se acidente ocorreu no Brasil): _____

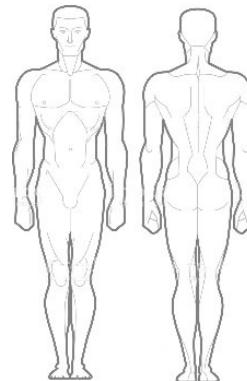
28 - UF (somente se acidente ocorreu no Brasil): _____

29 - Município do local do acidente (somente se acidente ocorreu no Brasil): _____

30 - País: _____

31 - Parte do corpo atingida (conforme códigos e descrição identificados no eSocial): _____

- Corte
- Escoriações
- Contusão
- Entorse
- Distensão
- Luxação
- Fratura
- Queimadura
- Punctura
- Amputação
- Choque
- Queda
- Esmagamento
- _____



32 - Agente causador (conforme códigos e descrição identificados no eSocial): _____

33 - Lateralidade Não aplicável Esquerda Direita Ambas

34 - Descrição da situação geradora do acidente ou doença (conforme códigos e descrição identificados no eSocial): _____

35 - Houve registro policial? Sim Não

36 - Houve morte? Sim Não

37 - Data do óbito:

38 - Observações: _____

39 - Data do recebimento: _____

(*) – preencha página verso.

III - INFORMAÇÕES DO ATESTADO MÉDICO**ATENDIMENTO**

40 - Data: _____ 41 - Hora: _____ 42 - Houve internação? [] Sim [] Não
43 - Provável duração do tratamento (dias): _____
44 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? [] Sim [] Não

LESÃO

45 - Descrição e natureza da lesão: _____

DIAGNÓSTICO

46 - Diagnóstico provável: _____ 48 - Local e Data: _____
47 - CID-10: _____
49 - Nome do médico, CRM e UF: _____
50 - Observações: _____

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E VERACIDADE – RONP E CAT

Declaramos, para os devidos fins, que o(a) trabalhador(a) envolvido(a), o proprietário/líder responsável e o Técnico em Segurança do Trabalho estão plenamente cientes das informações registradas no Relatório de Ocorrências Não Programadas – RONP.

Afirmamos que todos os dados descritos foram conferidos, são verdadeiros e representam fielmente os fatos ocorridos.

Reconhecemos, ainda, que as informações contidas neste relatório servirão como espelho e base oficial para a elaboração da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, responsabilizando-nos pela veracidade e integridade dos registros apresentados.

Trabalhador(a)

Proprietario(a) | Lider

Tec. Seg. Do Trab.