

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): _____

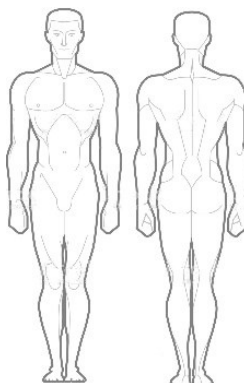
28 - UF (somente se acidente ocorreu no Brasil): _____

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)_____
Proprietário(a) | Líder_____
Tec. Seg. Do Trab.