

FORMULÁRIO - EMISSÃO CAT e-SOCIAL		gov.br		 	
1. DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELA CHEFIA					
NOME					
E-MAIL					
CPF		CELULAR		()	
DATA DO ACIDENTE		HORÁRIO DO ACIDENTE			
ÚLTIMO DIA DE TRABALHO		COMUNICAÇÃO POLICIAL		() S () N	
TIPO DE ACIDENTE		() TÍPICO () DOENÇA () TRAJETO			
SETOR OU LOCAL DO ACIDENTE* (especificar)					
DESCRIÇÃO DETALHADA DO ACIDENTE					
PARTE DO CORPO ATINGIDA					
LATERALIDADE		() ESQUERDA () DIREITA () AMBAS () NÃO APLICÁVEL			
Londrina, ____ de ____ de 20 ____.					
_____ -- assinatura e carimbo da Chefia --					
2. DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELO MÉDICO					
DATA ATENDIMENTO MÉDICO		HORA ATENDIMENTO MÉDICO			
NOME DO MÉDICO					
N. CRM DO MÉDICO		UF DO CRM DO MÉDICO			
HOUE INTERNAÇÃO		DURAÇÃO TRATAMENTO		____ dias	
HOUE AFASTAMENTO		DURAÇÃO AFASTAMENTO		____ dias	
NATUREZA DA LESÃO**					
CID DA DOENÇA					
OBSERVAÇÃO					
Londrina, ____ de ____ de 20 ____.					
_____ -- assinatura e carimbo do Médico --					

*Se for na rua (trajeto), colocar o endereço completo (rua, número, etc).

**Natureza da Lesão: se é fratura, entorse, distensão, escoriação, etc.

ATENÇÃO
AO ACIDENTADO
O Formulário e o Atestado Médico deve ser entregue a Chefia IMEDIATAMENTE após a Consulta Médica.
À CHEFIA
O Formulário e o Atestado Médico deve ser enviado ao SESMT (e-mail: sesmt@uel.br) IMEDIATAMENTE após o seu recebimento, para lançamento dos dados junto ao e-Social, através da Plataforma Gov.br. O prazo para envio e lançamento da CAT no e-Social é de 01 (um) dia útil, contabilizados a partir da data e horário do acidente, podendo, em caso de não cumprimento deste prazo, prejudicar o acidentado em relação aos direitos previdenciários.