



CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho

2017.291998.3/01

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
1 - Emitente: Empregador			
2 - Tipo de CAT: INICIAL			
3 - Iniciativa da CAT:			
4 - Fonte do Cadastramento: CatWeb			
5 - Número da CAT: 2017.291998.3/01			
6 - Número do recibo do evento no eSocial da CAT de origem:			
II - EMITENTE			
EMPREGADOR			
7 - Razão Social/Nome: SUPERMERCADO GUANABARA S.A.			
8 - Tipo: CNPJ	9 - Número de Inscrição: 94.846.755/0007-40	10 - CNAE: 47113	
ACIDENTADO			
11 - Nome: CID ARISIO MOREIRA MENDES		12 - CPF:	13 - Data de Nascimento: 06/05/1968
14 - Sexo: MASCULINO	15 - Estado Civil: CASADO(A)	16 - CBO: 848510 - ACOUGUEIRO	
17 - Filiação à Previdência Social: Empregado		18 - Áreas: URBANA	
ACIDENTE OU DOENÇA			
19 - Data do Acidente: 15/07/2017	20 - Hora do Acidente: 23:10	21 - Após quantas horas de trabalho? 09:09	22 - Tipo: TRAJETO
23 - Houve afastamento? SIM	24 - Último dia trabalhado: 15/07/2017	25 - Local do acidente: 4 - Via pública	
26 - Especificação do local do acidente: RUA LOTEAMENTO ELDORADO			
27 - CNPJ/CAEPF/ CNO do local do acidente: CNPJ: 00.000.000/0000-00		28 - UF: RS	29 - Município do local do acidente: CAMPINAS
30 - País:			
31 - Parte do corpo atingida: 753090000 - Cabeça, NIC			
32 - Agente causador: 302010550 - Chão - superfície utilizada para sustentar pessoas		33 - Lateralidade:	
34 - Descrição da situação geradora do acidente ou doença: 200008900 - Impacto sofrido por pessoa, NIC			
35 - Houve registro policial? NÃO		36 - Houve morte? NÃO	37 - Data do óbito:

38 - Observações:		
39 - Data do Recebimento: 14/08/2017		
III - INFORMAÇÕES DO ATESTADO MÉDICO		
ATENDIMENTO		
40 - Data: 21/07/2017	41 - Hora Atendimento: 10:51	42 - Houve internação? NÃO
43 - Provável duração do tratamento (dias): 7 dia(s)		44 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento: SIM
LESÃO		
45 - Descrição e natureza da lesão: 706050000 - Lesões múltiplas		
DIAGNÓSTICO		
46 - Diagnóstico provável:		
47 - CID-10: R56 - Convulsões não classificadas em outra parte		
48 - Local e Data: 14/08/2017		49 - Nome do médico, CRM e UF: Não Informado, Não Informado, 32684, Não Informado
50 - Observações: SOFREU ASSALTO		
A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO. FORMULÁRIO ASSINADO ELETRONICAMENTE - DISPENSA ASSINATURA E CARIMBO		