



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: 9 - Número de Inscrição:

CNPJ 94.846.755/0007-40

10 - CNAE:

47113

ACIDENTADO

11 - Nome: 12 - CPF: 13 - Data de Nascimento:

CID ARISIO MOREIRA MENDES

06/05/1968

14 - Sexo: 15 - Estado Civil:

MASCULINO

CASADO(A)

16 - CBO:

848510 - ACOUGUEIRO

17 - Filiação à Previdência Social: Empregado

18 - Áreas: URBANA

ACIDENTE OU DOENÇA

19 - Data do Acidente: 20 - Hora do Acidente: 21 - Após quantas horas de trabalho? 22 - Tipo:

15/07/2017

23:10

09:09

TRAJETO

23 - Houve afastamento? 24 - Último dia trabalhado: 25 - Local do acidente:
SIM 15/07/2017 4 - Via pública

26 - Especificação do local do acidente:

RUA LOTEAMENTO ELDORADO

27 - CNPJ/CAEPF/ CNO do local do acidente: 28 - UF: 29 - Município do local do acidente: 30 - País:

CNPJ: 00.000.000/0000-00

RS

CAMPINAS

31 - Parte do corpo atingida:

753090000 - Cabeça, NIC

32 - Agente causador: 33 - Lateralidade:
302010550 - Chão - superfície utilizada para sustentar pessoas

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