

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - C.A.T

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO				
1 - Emitente:				
<input checked="" type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Empregador Doméstico <input type="checkbox"/> Tomador de serviço avulso ou órgão gestor de mão de obra <input type="checkbox"/> Sindicato <input type="checkbox"/> Trabalhador <input type="checkbox"/> Dependentes <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Autoridade Pública				
2 - Tipo de CAT:				
<input checked="" type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Reabertura <input type="checkbox"/> Comunicação de óbito				
3 - Iniciativa da CAT:				
<input checked="" type="checkbox"/> Iniciativa do empregador <input type="checkbox"/> Ordem judicial <input type="checkbox"/> Determinação de órgão fiscalizador				
4 - Fonte do Cadastramento: <input checked="" type="checkbox"/> eSocial <input type="checkbox"/> CatWeb				
5 - Número da CAT: 1.1.0000000030941980252				
6 - Número do recibo do evento no eSocial da CAT de origem (somente deve ser preenchido em caso de retificação ou exclusão):				
1.1.0000000030887231812				
II - EMITENTE				
EMPREGADOR				
7 - Razão Social / Nome: FATIMA DO SUL AGRO-ENERGETICA SA ALCOOL E ACUCAR				
8 - Tipo:	9 - Número de Inscrição: 08830263000130			10 - CNAE: 1931400
<input checked="" type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> CNO <input type="checkbox"/> CAEPF <input type="checkbox"/> CPF				
ACIDENTADO				
11 - Nome: WIDERSON SOUZA PORTINE				
12 - CPF: 01413442102				
13 - Data de Nascimento:	14 - Sexo:	15 - Estado Civil:		
11/03/1985	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Outros		
16 - CBO: 841315				
17 - Filiação à Previdência Social:				18 - Áreas:
<input checked="" type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregado doméstico <input type="checkbox"/> Trabalhador Avulso <input type="checkbox"/> Segurado Especial				<input type="checkbox"/> Urbano <input checked="" type="checkbox"/> Rural
ACIDENTE OU DOENÇA				
19 - Data do Acidente:	20 - Hora do Acidente:	21 - Após quantas horas de trabalho?:	22 - Tipo:	23 - Houve afastamento?:
14/02/2025	09:30	02:30	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Típico <input type="checkbox"/> 2 - Doença <input type="checkbox"/> 3 - Trajeto	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
24 - Último dia de trabalho:	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 - U.F (Somente se o acidente aconteceu no Brasil):
14/02/2025	1	HILLO	08830263000130	MS
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)	32 - Agente causador (conforme códigos e descrição identificados no eSocial)	33 - Lateralidade
406 FATIMA DO SUL		755070000 Dedo	305032500 Metal (inclui liga ferrosa e não ferrosa,	<input checked="" type="checkbox"/> Não Aplicável <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Ambas

34 - Descrição da situação geradora do acidente ou doença (conforme códigos e descrição identificados no eSocial) 20.00.20.100 APRISIONAMENTO EM, SOBRE OU ENTRE OBJETOS EM MOVIMENTO CONVERGENTE	35 - Houve registro policial <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
36 - Houve morte ? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	37 - Data do óbito:

38 - Observações:

39 - Data do Recebimento: 17/02/2025 13:19:19

III - INFORMAÇÕES DO ATESTADO MÉDICO

ATENDIMENTO

40 - Data 14/02/2025	41 - Hora: 14:52
----------------------	------------------

42 - Houve Internação ? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	43 - Provável duração do tratamento (dias) 1 dias	44 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
--	--	--

LESÃO

45 - Descrição e natureza da lesão: 70.20.70.000 - AMPUTACAO OU ENUCLEACAO

DIAGNÓSTICO

46 - Diagnóstico provável	47 - CID-10: S68.1
---------------------------	--------------------

48 - Local e Data: FATIMA DO SUL 14/02/2025	49 - Nome do Médico, CRM e UF: Jose Paulo Pugina 42878 - SP
--	--

50 - Observações:

A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO. FORMULÁRIO ASSINADO ELETRONICAMENTE - DISPENSA ASSINATURA E CARIMBO.