PREVIDÊNCIA SOCIAL

Comunicação de Acidente de Trabalho

Número da CAT:2019.185.576-6/01

Informações do Emitente

Emitente	1 - Empregador	**Data Emissão**	16/05/2019
Tipo de CAT	1 - Inicial	**Comunicação Óbito**	
Filiação	1 - Empregado	**E-mail**	MAGALHAESPESSOAL@HOTMAIL.COM

Informações do Empregador

Razão Social/Nome	PROVINCIA NOSSA SENHORA DA PENHA DO NORDESTE DO BRASIL		
Tipo/Num. Doc.	1 - CGC/CNPJ 110216070002-55	**CNAE**	94910
CEP	57051410	**Endereço**	R JOAQUIM NABUCO 148
Bairro	FAROL	**Estado**	AL
Município	MACEIO	**Telefone**	0082-03262617

Informações do Acidentado

Nome	CICERO AMARO DA SILVA	**Data Nascimento**	25/05/1986
Nome da Mãe	CREUZA AMARA DA CONCEICAO	**Sexo**	Masc
Grau de Instrução	6 - Ensino médio completo		
Estado Civil	Solteiro	**Remuneração**	1.013,00
CTPS	046843 Série: 00022 Dt emissão: 11/04/2017 UF: AL	**Identidade**	2096019 Dt emissão: 05/09/2002 Órg Exp: 01 UF: AL
PIS/PASEP/NIT	2064578302-6	**Endereço**	R PROJETADA 7454
Bairro	CIDADE UNIVERSITARIA	**CEP**	57072202
Estado	AL	**Município**	MACEIO
Telefone	-	**CBO**	514320 - FAXINEIRO
Aposentado	Não	**Área**	Urbana

Informações do Acidente

Data do Acidente	11/05/2019	**Hora do Acidente**	00:00
Horas Trabalhadas	00:00	**Tipo**	3 - Trajeto
Houve afastamento?	Sim	**Reg. Policial**	Não
Local do Acidente	3 - Área Pública	**Esp. Local**	RUA EUSTAQUIO GOMES
CGC da Prestadora	CNPJ - -	**UF do Acidente**	AL
Município do Acidente	MACEIO	**Último dia Trabalhado/Dt Óbito**	11/05/2019
Parte do Corpo	75.60.20.000 - OMBRO		
Agente Causador	30.60.20.000 - ANIMAL VIVO		
Sit. Gerador	20.00.48.600 - ABSORCAO DE SUBSTANCIA CAUSTICA		
Morte	Não	**Data Óbito**	

Local e Data **Assinatura e carimbo do emitente**

Informações do Atestado Médico

Unidade	HGE-PROF OSVALDO BRA	**Data Atend.**	11/05/2019
Hora Atend.	08:25	**Houve Internação?**	Sim
Deverá o acidentado afastar-se durante o tratamento?	Sim - 030 dia(s)		
Nat. Lesão	70.20.35.000 - FRATURA		
CID - 10	S42 - Fratura do ombro e do braco		
Observações	FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA	**CRM**	0000004934 - UF: AL

Local e Data **Assinatura(*) e carimbo (legível) do médico com CRM/UF**

Cadastrada em 16/05/2019 às 14:39:22

*** A apresentação do atestado médico original,com as informações de identificação do médico assistente, substituí o prenchimento deste campo.**

A impressão desta CAT deverá ser apresentada juntamente com o(s) documentos(s) original(is) referente ao Segurado, para requerer o benefício acidentário junto à Agência da Previdência Social.