

Informações do Emitente

Emitente	Empregador	Data Emissão	20/01/2021
Tipo de CAT	INICIAL	Comunicação Óbito	
Filiação	Empregado	E-mail	adenilva.augusto@ecofacilities.com.br

Informações do Empregador

Razão Social/Nome	DGX TERCEIRIZACAO DE SERVICOS EIRELI		
Tipo/Num Doc	CGC/CNPJ - 205964230001/23	CNAE	78302
CEP	86026090	Telefone	(43)3321-3745
Bairro	CENTRO	Estado	PARANA
Endereço	R AMAZONAS 487		
Município	LONDRINA		

Informações do Acidentado

Nome	OSMAR IANESKI		
Nome da Mãe	PAULINA FIRAKOUSKI		
Data de Nascimento	19/06/1973	Sexo	MASCULINO
Grau de Instrução	5º ANO COMPLETO DO ENSINO FUNDAMENTAL		
Estado Civil	CASADO(A)	Remuneração	1.695,00
CTPS	59292 Série: 35 Emissão: UF: PR	Identidade	58374954 ÓrgExp: 1 Emissão: 21/08/1989 UF: PR
PIS/PASEP/NIT	1242370196/0	CEP	85823000
Endereço	SAO JOAO D OESTE	Bairro	CF5504 TRV1581
Estado	PARANA	Município	CASCADEL
Telefone		CBO	517410 - PORTEIRO DE EDIFICIOS
Aposentadoria	NÃO	Área	URBANA

Informações do Acidente

Data do Acidente	17/01/2021	Hora do Acidente	15:30
Horas Trabalhadas		Tipo	TRAJETO
Houve Afastamento?	NÃO	Reg. Policial	NÃO
Local do Acidente	3 - Em via pública		
Esp. Local	rodovia		
CNPJ / CGC ou CEI da Prestadora		UF do Acidente	PR
Município do Acidente	CASCADEL	Último dia Trab. Dt Óbito	
Parte do Corpo	756040000-DORSO (INCLUSIVE MUSCULOS DORSAIS, COLUNA E MEDULA ESPINHAL)		
Agente Causador	302010200-RUA E ESTRADA - SUPERFICIE UTILIZADA PARA SUSTENTAR PESSOAS		
Sit. Geradora	200004600-IMPACTO DE PESSOA CONTRA OBJETO EM MOVIMENTO		
Morte	NÃO	Data Óbito	

Local e Data

Assinatura e carimbo do emitente

Informações do Atestado Médico

Unidade	UPA VENEZA (CASCADEL)		
Data Atendimento	17/01/2021	Hora Atendimento	16:00
Houve Internação	NÃO	Será afastado?	NÃO
Nat. Lesão	702005000-ESCORIACAO, ABRASAO (FERIMENTO SUPERFICIAL)		
CID - 10	M545 - Dor lombar baixa		
Observações			
CRM	40754		

Local e Data

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

Cadastrada em: 20/01/2021

* A apresentação do atestado médico original, com as informações de identificação do médico assistente, substituí o preenchimento deste campo. A impressão desta CAT deverá ser apresentada juntamente com o(s) documento(s) original(is) referente ao segurado, para requerer o benefício acidentário junto à Agência da Previdência Social.