

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
1 - Emitente: Empregador			
2 - Tipo de CAT: 1 - Inicial			
3 - Iniciativa da CAT: 1 - Empregador			
4 - Fonte do Cadastramento: eSocial			
5 - Número da CAT: 1.1.0000000017040411152			
6 - Número do Recibo do evento no eSocial da CAT de origem: -			
II - EMITENTE			
EMPREGADOR			
7- Razão Social / Nome GALTAMO COMERCIO E DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS DE LIMPEZA LTDA			
8 - Tipo CNPJ	9- Número de Inscrição 31.288.674/0001-67	10 - CNAE -	
ACIDENTADO			
11 - Nome CARLA JOSIANE BECARI	12 - CPF 057.167.199-37	13 - Data de Nascimento 24/07/1982	
14 - Sexo F - Feminino	15 - Estado Civil 2 - Casado	16 - CBO 514320 - Faxineiro	
17 - Filiação à Previdência Social Empregado		18 - Áreas 1 - Trabalho Urbano	
ACIDENTE OU DOENÇA			
19 - Data de Acidente 11/11/2022	20 - Hora do Acidente 18:00	21 - Após quantas horas de trabalho? 06:00	22 - Tipo 1 - Típico
23 - Houve afastamento? NÃO	24 - Último dia trabalhado	25 - Local do acidente 3 - Estabelecimento de terceiros onde o empregador presta serviços	
26 - Especificação do local do acidente R MARTIN FRIEDRICH MEWES, 101			
27 - CNPJ/CAEPF/CNO do local do acidente 17.933.575/0001-60	28 - UF PR	29 - Município do local do acidente Rolândia	30 - País Brasil
31 - Parte do corpo atingida 753070100 - Olho (inclusive nervo ótico e visão)			
32 - Agente causador 200080901 - Contato com pessoas doentes ou material infectocontagante - agentes biológicos			33 - Lateralidade 2 - Direita
34 - Descrição da situação geradora do acidente ou doença 200080901 - Contato com pessoas doentes ou material infectocontagante - agentes biológicos			
35 - Houve registro policial? NÃO	36 - Houve morte? NÃO	37 - Data do óbito -	

38 - Observações CONTATO COM SANGUE DE PACIENTE COM CONJUNTIVA DE OLHO DIREITO DA VITIMA.		
39 - Data do Recebimento 17/11/2022 04:47:10		
<b>III - INFORMAÇÕES DO ATESTADO MÉDICO</b>		
<b>ATENDIMENTO</b>		
40 - Data 11/11/2022	41 - Hora 18:00	42 - Houve internação NÃO
43 - Provável Duração do tratamento (dias) 28 dias	44 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? NÃO	
<b>LESÃO</b>		
45 - Descrição e natureza da lesão 704020000 - Doença contagiosa ou infecciosa (tuberculose, brucelose, etc.) -		
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
46 - Diagnóstico provável -	47 - CID Z209 - Contato com e exposição a doença transmissível não especificada	
48 - Local e Data 17/11/2022	49 - Nome do médico, CRM e UF GABRIELA C. DOS SANTOS - 43251 - PR	
50 - Observações -		
<b>A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO. FORMULÁRIO ASSINADO ELETRONICAMENTE - DISPENSA ASSINATURA E CARIMBO.</b>		