

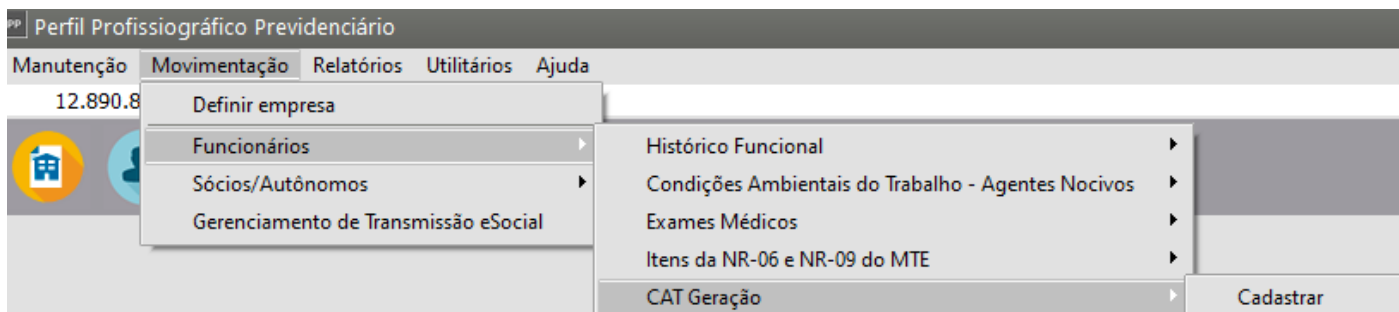
# Cadastrando CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) emitida

## Veja também os Itens:

- [Cadastrando CAT \(Comunicação de Acidente de Trabalho\) emitida](#)
- [Imprimindo a CAT \(Comunicação de Acidente de Trabalho\)](#)
- [Cadastro da CAT \(Comunicação de Acidente de Trabalho\)](#)
- [Impressão da CAT \(Comunicação de Acidente de Trabalho\)](#)
- [Inconsistência e Erros ao enviar o S2210 \(Comunicação de Acidente de Trabalho\) para o Portal do eSocial](#)

**Informações sobre as Comunicações de Acidente do Trabalho registradas pela empresa na Previdência Social, nos termos do art. 22 da Lei nº 8.213, de 1991, do art. 169 da CLT, do art. 336 do RPS, aprovado pelo Dec. nº 3.048, de 1999, do item 7.4.8, alínea "a" da NR-07 do MTE e dos itens 4.3.1 e 6.1.2 do Anexo 13-A da NR-15 do MTE, disciplinado pela Portaria MPAS nº 5.051, de 1999, que aprova o Manual de Instruções para Preenchimento da CAT.**

Para cadastrar as CATs, acesse o menu **Movimentação>Funcionários>CAT Geração>Cadastra**;



## Aba Principal - informe:

- data e hora do Acidente
- Data do ultimo dia trabalhado

- Horas trabalhadas e se houve afastamento
- Filiação com a empresa
- O número da CAT será fornecido pelo eSocial no retorno do envio do evento
- Número da CAT: No formato XXXXXXXXXX-X/XX. Os dois últimos caracteres correspondem a um número seqüencial relativo ao mesmo acidente, identificado por NIT, CNPJ e data do acidente.
- Tipo CAT (Inicial, Reabertura ou Comunicação de Óbito) -
- Tipo de Acidente (Típico, Doença ou Trajeto)
- Código da Situação geradora do Acidente ou da doença profissional
- [Responsável pela emissão da CAT](#)
- Óbito (o campo só estará habilitado se no Tipo for definido Comunicação de Óbito)
- Se houve comunicação com a Polícia

Comunicação de Acidente de Trabalho - Inclusão

Principal | Endereço do Acidente | Detalhamento | Observações | Testemunhas

**Funcionario**

Codigo: 5 Nome: Fundonario

**Filiação**

☒ Empregado  
☐ Trab. Avulso  
☐ Seg. Especial  
☐ Médico residente

**Informações do Acidente**

Data do Acidente: Ult. dia de trabalho: Hora do Acidente:

Horas Trabalhadas: ☐ Houve Afastamento

**Info. CAT**

Numero de CAT: Nr. Últ. CAT ref. ao mesmo acidente:

**Tipo de Acidente**

☐ 1 - Típico  
☐ 2 - Doença  
☐ 3 - Trajeto

Código da situação geradora do acidente ou da doença profissional:

**CAT Emitida Por**

☒ Empregador  
☐ Ordem Judicial  
☐ Órgão Fiscalizador

**Tipo CAT**

☒ Inicial  
☐ Reabertura  
☐ Comunicação de Obito

**Óbito**

☐ Houve Óbito  
 Data do Óbito:

☐ Houve comunicação com a Policia

#### Aba Endereço do Acidente - informe:

- Tipo de Logradouro
- Descrição do Logradouro
- Número do Logradouro
- Complemento
- Código Postal

- [Código do Município](#)
- UF
- Bairro
- CEP
- País
- Identificação do Local
- Tipo do Local
- Descrição do Local

Comunicação de Acidente de Trabalho - Inclusão

Principal | Endereço do Acidente | Detalhamento | Observações | Testemunhas

Endereço

Tipo Logradouro Desc. Logradouro Num. Logradouro

Complemento Cod. Postal Cod. Município UF

Bairro CEP País

Identificação do Local

Tipo de Inscrição Num. Inscrição

☒ CNPJ  
☐ CAEPF  
☐ CNO

Tipo do Local Desc. Local

☒ Estabelecimento no Brasil  
☐ Estabelecimento no Exterior  
☐ Estabelecimento de Terceiros  
☐ Via Pública  
☐ Área Rural  
☐ Embarcação  
☐ Outros

Save icon, Cancel icon

#### Aba Detalhamento - Informe:

- Unidade de Atendimento
- Código do Médico
- Lateralidade
- [Código da parte do corpo atingida](#)
- [Código do Agente Causador](#)
- [Descrição da Lesão](#)
- Descrição complementar
- Diagnóstico Provável
- Dados do Atendimento

Comunicação de Acidente de Trabalho - Inclusão

Principal | Endereço do Acidente | Detalhamento | Observações | Testemunhas

Emitente  
Unidade de Atendimento  
Cod. Medico

Parte Atingida  
Lateralidade  
☒ Não Aplicavel  
☐ Esquerda  
☐ Direita  
☐ Ambas

Cod. Parte Atingida  
Cod. Agente Causador

Lesão  
Descrição Lesão  
Descrição Complementar  
Diagnostico Provável

Info. do Atendimento  
 Data Hora Duração do Tratamento Cod. CID  
 :  ☐ Internação

Save Icon | Print Icon

### Aba Observações - Informe:

- Observação de Atestado
- Observação de CAT

Comunicação de Acidente de Trabalho - Inclusão

Principal | Endereço do Acidente | Detalhamento | Observações | Testemunhas

Observação de Atestado

Observação de CAT

Save | Cancel

**Aba Testemunhas** - Informe:

- Dados da Testemunha 1
- Dados da Testemunha 2

Comunicação de Acidente de Trabalho - Inclusão

Principal | Endereço do Acidente | Detalhamento | Observações | Testemunhas

Tesmunha 1



Nome  Telefone

Endereço  Bairro  CEP  Município  UF

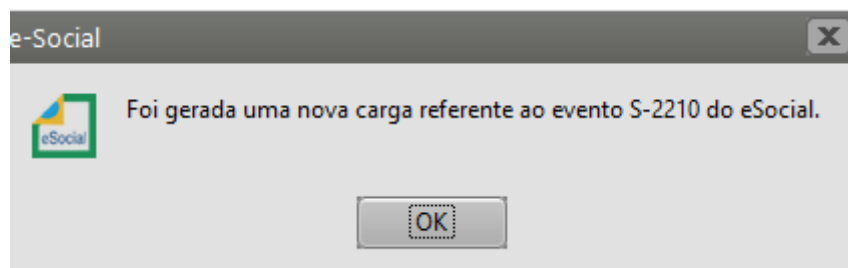
Tesmunha 2

Nome  Telefone

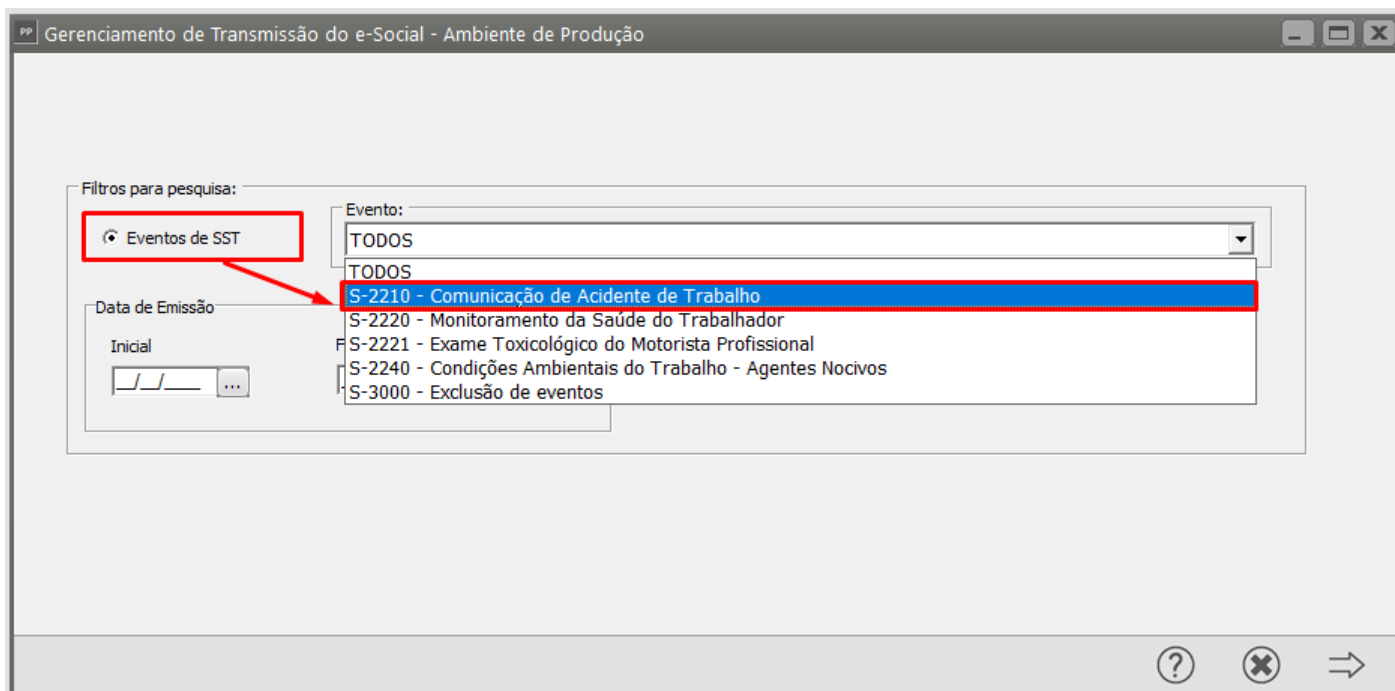
Endereço  Bairro  CEP  Município  UF

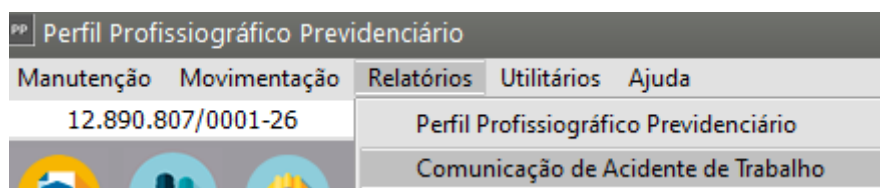
Ao salvar o **Cadastro da CAT** do funcionário, o **Sistema PPP** irá gerar a [carga do evento S2210](#) para ser enviada para o Portal do eSocial




Acesse o **Gerenciamento de Transmissão do eSocial** e a selecione para envio:



Para realizar a [Impressão da CAT](#), acesse o menu **Relatórios>Comunicação de Acidente de Trabalho**



 <b>PREVIDÊNCIA SOCIAL</b> INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL COM UNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT		1 - Empregador 1 - Empregador 2 - Tipo de CAT 1 - Indica
I - LITMIL	<b>Modelo Simples Nacional</b> 1 - Tipo 1 - C.N.P.J. 12.890.807/0001-26 2 - C.N.P.J. 11111111 3 - Endereço 1, 1	4 - Nome 5 - CPF 13500-000 6 - Município RIO CLARO 7 - UF SP 8 - Telefone 11 1111-1111
	9 - Nome Fundador ou Semanal 10 - Nome de origem 11 - Data de nascimento 01/01/2000 12 - Sexo 1 - Masc. 13 - Estado Civil 1 - Solteiro 14 - C.T.B.S.N. 038620/8876 15 - UF SP 16 - Data de emissão 29/07/2023 17 - Assinatura do emitente 18 - Nome do emitente Auxiliar Administrativo 19 - C.R.G. 411005 20 - Data de início do acidente 08:00 21 - Hora do acidente 01:00 22 - Tipo de acidente 1 - Empregado 23 - Descrição do acidente Local com máquinas e	24 - UF SP 25 - Telefone 1 - Urbana 2 - Sim 26 - UF SP 27 - Assinatura do emitente 28 - Nome do emitente 29 - Data de nascimento 30 - Sexo 31 - Estado Civil 32 - C.T.B.S.N. 33 - UF 34 - Data de emissão 35 - Assinatura do emitente 36 - Nome do emitente 37 - C.R.G. 38 - Data de início do acidente 39 - Hora do acidente 40 - Tipo de acidente 41 - Descrição do acidente Local com máquinas e
II - LITMIL	42 - Nome do beneficiário 43 - Data de nascimento 44 - Sexo 45 - Estado Civil 46 - C.T.B.S.N. 47 - UF 48 - Data de emissão 49 - Assinatura do emitente 50 - Nome do emitente 51 - C.R.G. 52 - Data de início do acidente 53 - Hora do acidente 54 - Tipo de acidente 55 - Descrição do acidente Local com máquinas e	56 - Nome do beneficiário 57 - Data de nascimento 58 - Sexo 59 - Estado Civil 60 - C.T.B.S.N. 61 - UF 62 - Data de emissão 63 - Assinatura do emitente 64 - Nome do emitente 65 - C.R.G. 66 - Data de início do acidente 67 - Hora do acidente 68 - Tipo de acidente 69 - Descrição do acidente Local com máquinas e
	70 - Nome do beneficiário 71 - Data de nascimento 72 - Sexo 73 - Estado Civil 74 - C.T.B.S.N. 75 - UF 76 - Data de emissão 77 - Assinatura do emitente 78 - Nome do emitente 79 - C.R.G. 80 - Data de início do acidente 81 - Hora do acidente 82 - Tipo de acidente 83 - Descrição do acidente Local com máquinas e	84 - Nome do beneficiário 85 - Data de nascimento 86 - Sexo 87 - Estado Civil 88 - C.T.B.S.N. 89 - UF 90 - Data de emissão 91 - Assinatura do emitente 92 - Nome do emitente 93 - C.R.G. 94 - Data de início do acidente 95 - Hora do acidente 96 - Tipo de acidente 97 - Descrição do acidente Local com máquinas e
Local e data Local e data		Assinatura e Carimbo do emitente
III - ATESTADO MÉDICO	98 - Nome do médico 99 - Data 29/07/2023 100 - Hora 08:30	101 - Nome do beneficiário 102 - Data de nascimento 103 - Sexo 104 - Estado Civil 105 - C.T.B.S.N. 106 - UF 107 - Data de emissão 108 - Assinatura do emitente 109 - Nome do emitente 110 - C.R.G. 111 - Data de início do acidente 112 - Hora do acidente 113 - Tipo de acidente 114 - Descrição do acidente Local com máquinas e
	115 - Nome do beneficiário 116 - Data de nascimento 117 - Sexo 118 - Estado Civil 119 - C.T.B.S.N. 120 - UF 121 - Data de emissão 122 - Assinatura do emitente 123 - Nome do emitente 124 - C.R.G. 125 - Data de início do acidente 126 - Hora do acidente 127 - Tipo de acidente 128 - Descrição do acidente Local com máquinas e	129 - Nome do beneficiário 130 - Data de nascimento 131 - Sexo 132 - Estado Civil 133 - C.T.B.S.N. 134 - UF 135 - Data de emissão 136 - Assinatura do emitente 137 - Nome do emitente 138 - C.R.G. 139 - Data de início do acidente 140 - Hora do acidente 141 - Tipo de acidente 142 - Descrição do acidente Local com máquinas e
Local e data Local e data		Assinatura e Carimbo do médico com CRM
143 - Nome do beneficiário 144 - Data de nascimento 145 - Sexo 146 - Estado Civil 147 - C.T.B.S.N. 148 - UF 149 - Data de emissão 150 - Assinatura do emitente 151 - Nome do emitente 152 - C.R.G. 153 - Data de início do acidente 154 - Hora do acidente 155 - Tipo de acidente 156 - Descrição do acidente Local com máquinas e		157 - Nome do beneficiário 158 - Data de nascimento 159 - Sexo 160 - Estado Civil 161 - C.T.B.S.N. 162 - UF 163 - Data de emissão 164 - Assinatura do emitente 165 - Nome do emitente 166 - C.R.G. 167 - Data de início do acidente 168 - Hora do acidente 169 - Tipo de acidente 170 - Descrição do acidente Local com máquinas e
Local e data Local e data		Assinatura e Carimbo do médico com CRM
171 - Nome do beneficiário 172 - Data de nascimento 173 - Sexo 174 - Estado Civil 175 - C.T.B.S.N. 176 - UF 177 - Data de emissão 178 - Assinatura do emitente 179 - Nome do emitente 180 - C.R.G. 181 - Data de início do acidente 182 - Hora do acidente 183 - Tipo de acidente 184 - Descrição do acidente Local com máquinas e		185 - Nome do beneficiário 186 - Data de nascimento 187 - Sexo 188 - Estado Civil 189 - C.T.B.S.N. 190 - UF 191 - Data de emissão 192 - Assinatura do emitente 193 - Nome do emitente 194 - C.R.G. 195 - Data de início do acidente 196 - Hora do acidente 197 - Tipo de acidente 198 - Descrição do acidente Local com máquinas e
Local e data Local e data		Assinatura e Carimbo do médico com CRM
199 - Nome do beneficiário 200 - Data de nascimento 201 - Sexo 202 - Estado Civil 203 - C.T.B.S.N. 204 - UF 205 - Data de emissão 206 - Assinatura do emitente 207 - Nome do emitente 208 - C.R.G. 209 - Data de início do acidente 210 - Hora do acidente 211 - Tipo de acidente 212 - Descrição do acidente Local com máquinas e		213 - Nome do beneficiário 214 - Data de nascimento 215 - Sexo 216 - Estado Civil 217 - C.T.B.S.N. 218 - UF 219 - Data de emissão 220 - Assinatura do emitente 221 - Nome do emitente 222 - C.R.G. 223 - Data de início do acidente 224 - Hora do acidente 225 - Tipo de acidente 226 - Descrição do acidente Local com máquinas e
Local e data Local e data		Assinatura e Carimbo do médico com CRM
227 - Nome do beneficiário 228 - Data de nascimento 229 - Sexo 230 - Estado Civil 231 - C.T.B.S.N. 232 - UF 233 - Data de emissão 234 - Assinatura do emitente 235 - Nome do emitente 236 - C.R.G. 237 - Data de início do acidente 238 - Hora do acidente 239 - Tipo de acidente 240 - Descrição do acidente Local com máquinas e		241 - Nome do beneficiário 242 - Data de nascimento 243 - Sexo 244 - Estado Civil 245 - C.T.B.S.N. 246 - UF 247 - Data de emissão 248 - Assinatura do emitente 249 - Nome do emitente 250 - C.R.G. 251 - Data de início do acidente 252 - Hora do acidente 253

Revision #16

Created 11 July 2023 17:14:27 by ProjetosD

Updated 25 November 2024 17:03:08 by ProjetosD