

# Cadastro da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)

## Veja também os Itens:

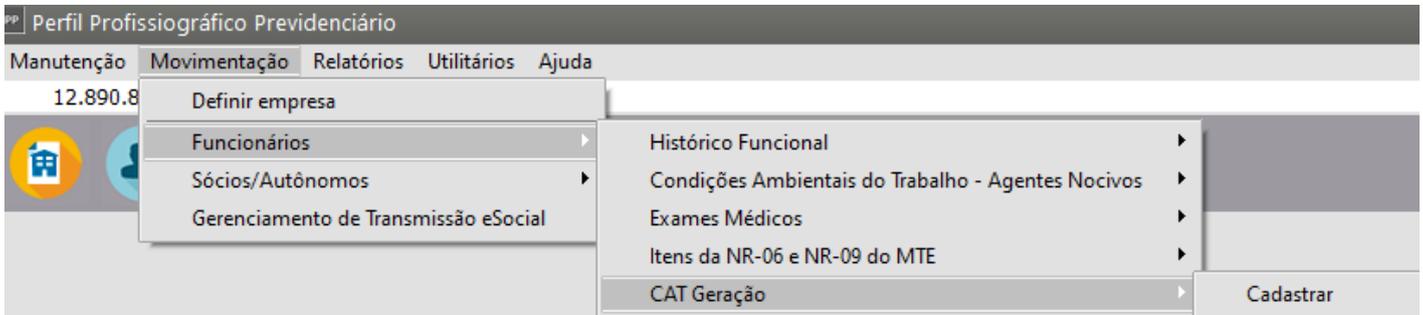
- [Cadastrando CAT \(Comunicação de Acidente de Trabalho\) emitida](#)
- [Imprimindo a CAT \(Comunicação de Acidente de Trabalho\)](#)
- [Cadastro da CAT \(Comunicação de Acidente de Trabalho\)](#)
- [Impressão da CAT \(Comunicação de Acidente de Trabalho\)](#)
- [Inconsistência e Erros ao enviar o S2210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

A comunicação de acidente de trabalho, também conhecido como CAT, é um documento indispensável para o trabalhador que sofreu um acidente de trabalho, de trajeto ou, ainda, é diagnosticado com uma doença ocupacional ou profissional. Esse documento tem a finalidade de constatar a ocorrência do acidente ou da doença relacionado ao trabalho e, assim, garantir os devidos direitos trabalhistas e previdenciários ao empregado.

Antes da Impressão, é necessário realizar o procedimento abaixo.

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 XXXXXXXXXXX-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**  
 Código: 5 Nome: Funcionario

**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  
 Houve comunicação com a Polícia

**Tipo CAT**  
 Inicial  Reabertura  Comunicação de Óbito

**Óbito**  
 Houve Óbito  
 Data do Óbito:

**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 | Print

**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

PP Comunicação de Acidente de Trabalho - Inclusão

Principal | Endereço do Acidente | Detalhamento | Observações | Testemunhas

Observação de Atestado

Observação de CAT

Save Save with icon

**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

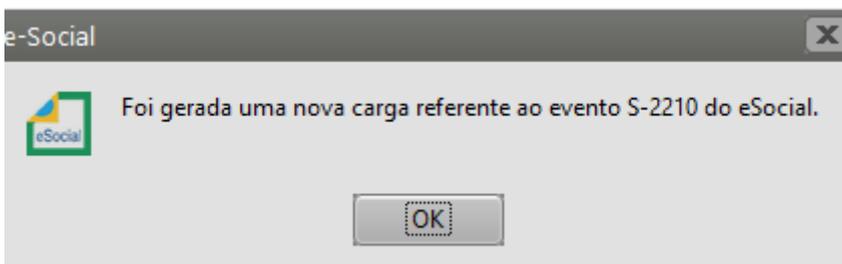
Tesmunha 2

Nome  Telefone

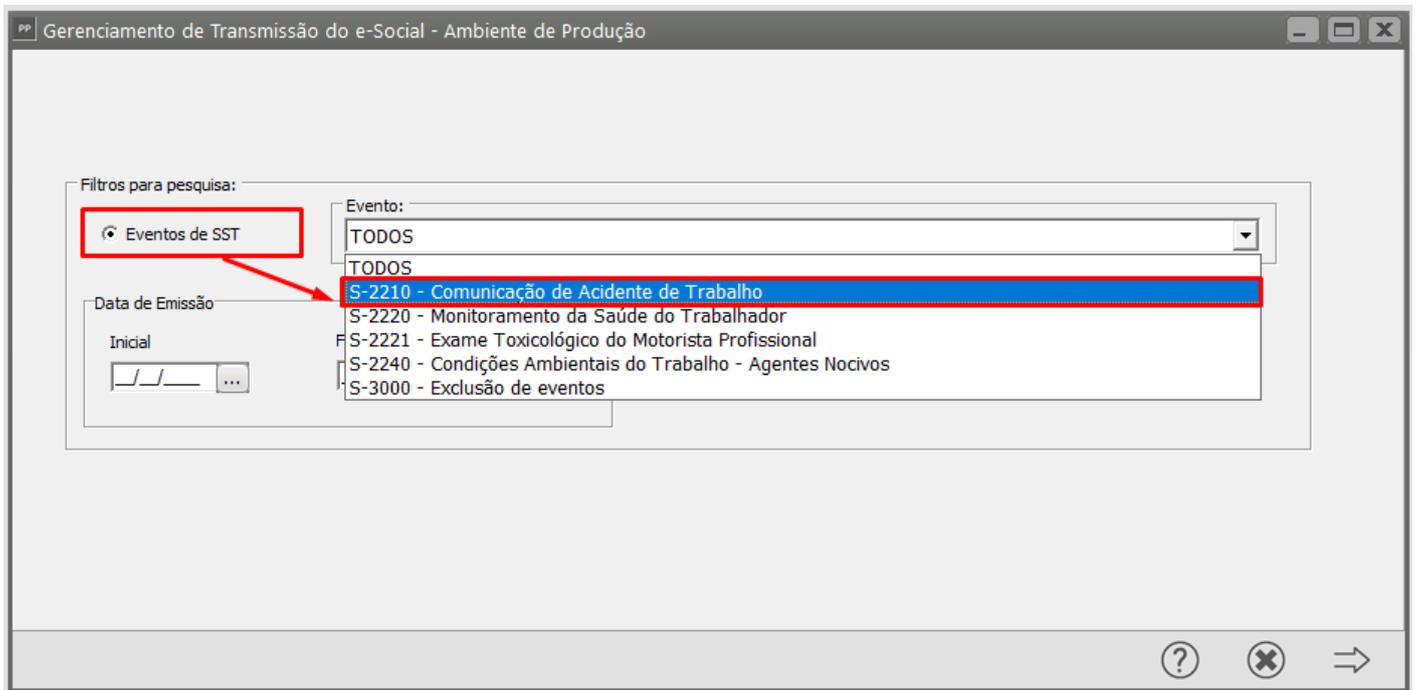
Endereço  Bairro  CEP  Município  UF

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**





**PREVIDÊNCIA SOCIAL**  
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL  
COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT

1 - Registro  
1 - Empregador  
2 - Tipo de CAT  
1 - INSS

I - IDENTIFICAÇÃO	1 - Modelo de Comunicação <b>MODELO SIMPLES NACIONAL</b>			
	1 - Tipo 1 - CNPJ 12.890.807/0001-26		2 - CNPJ 11111111	
	3 - Função Centro		4 - Função 1, 1	
	5 - Nome Fundonário Semanal		6 - Nome de usuário	
	7 - Data de nascimento 01/01/2000		8 - Sexo 1 - Masc.	
	9 - Estado Civil 1 - Solteiro		10 - RG 33862078876	
	11 - CPF 48657836952		12 - UF SP	
	13 - Cidade de residência RIO CLARO		14 - Município RIO CLARO	
	15 - UF SP		16 - Telefone 11 1111-1111	
	II - LOCAL DO ACIDENTE	17 - Nome de Ocupação Auxiliar Administrativo		18 - CBO 411005
19 - Data do acidente 29/07/2023		20 - Hora do acidente 08:00		
21 - Local do acidente Estabelecimento no Brasil		22 - Descrição do acidente Local com máquinas e		
23 - Município do local do acidente RIO CLARO		24 - Estado do local do acidente Local com máquinas e		
25 - Descrição do acidente Impacto de pessoa contra objeto parado		26 - Tipo de acidente 2 - Não		
27 - Nome do testemunha 1 Testemunha 1		28 - CPF [ ]		
29 - Nome do testemunha 2 Testemunha 2		30 - CPF [ ]		
31 - Nome do testemunha 3 Testemunha 3		32 - CPF [ ]		
33 - Local e data Local e data		34 - Assinatura e Carimbo do emitente Assinatura e Carimbo do emitente		
III - ATTESTADO MÉDICO		35 - U número de identificação LIPA		36 - Data 29/07/2023
	37 - Motivo da consulta 1 - Sim		38 - Descrição da lesão ou doença Lesão imediata	
	39 - Descrição da lesão ou doença Traumatismo		40 - CID - 10 [ ]	
	41 - Descrição do acidente acidente típico		42 - Assinatura e Carimbo do médico com CRM Assinatura e Carimbo do médico com CRM	
	43 - Local e data Local e data		44 - Assinatura e Carimbo do médico com CRM Assinatura e Carimbo do médico com CRM	
III - INSS	45 - Matrícula Matrícula		46 - Assinatura do senhor Assinatura do senhor	
	47 - Observações 1 - A anexação das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos arts. 17º e 206 do Código Penal. 2 - A comunicação de acidente do trabalho deve ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa, na forma prevista no art. 22 de lei nº 8.213/91.			

Revision #10

Created 11 July 2023 17:41:47 by ProjetosD

Updated 25 November 2024 17:05:54 by ProjetosD