

# Cadastro da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)

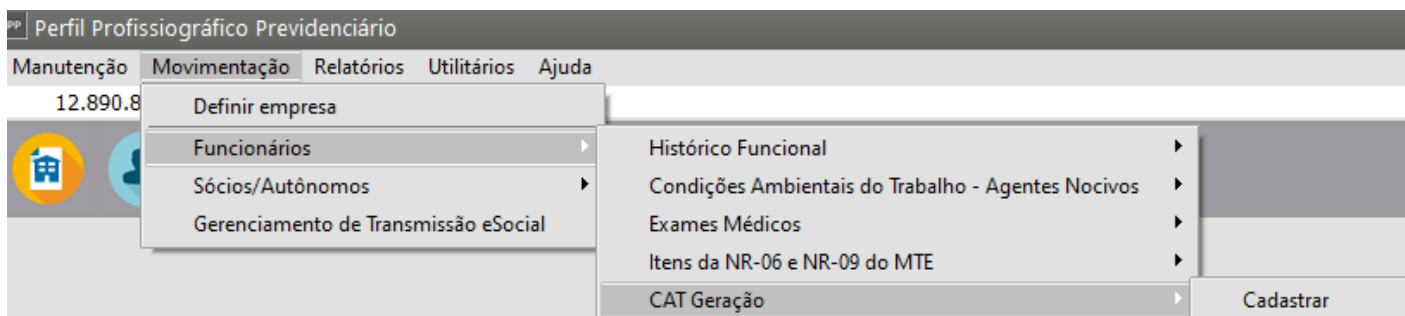
<https://www.youtube.com/embed/ehqqgHdLOCg>

**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

#### **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

PP 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	<input type="checkbox"/> Internação	Duração do Tratamento	Cod. CID
[ ]	[ ]		[ ]	[ ]

[ ] [ ]

**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 X

**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

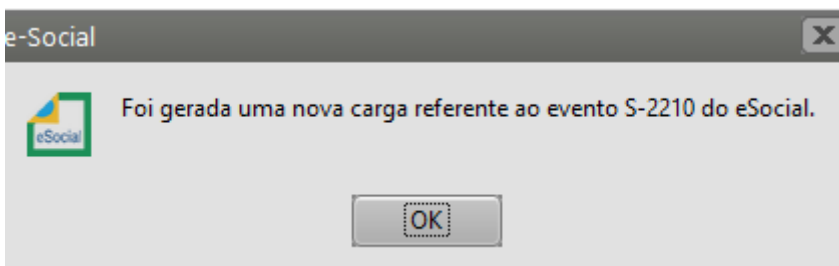
Tesmunha 2

Nome  Telefone

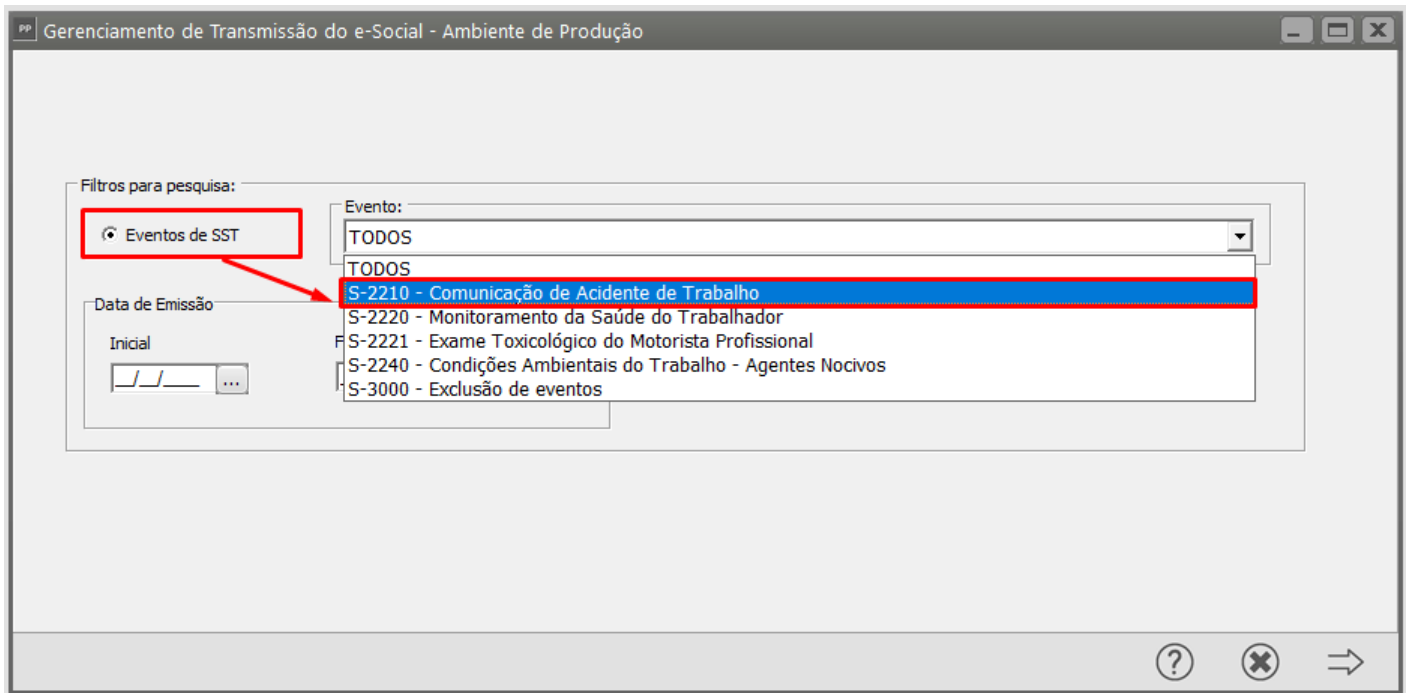
Endereço  Bairro  CEP  Município  UF

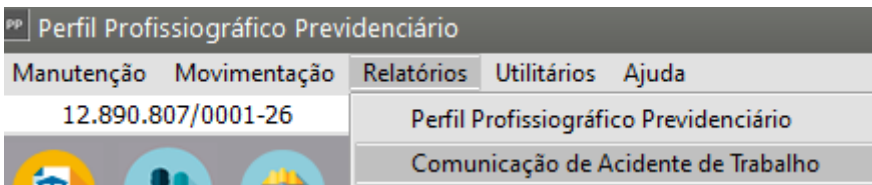
Ao salvar o **Cadastro da CAT** do funcionário, o **Sistema PPP** irá gerar a **carga do evento S2210** para ser enviada para o Portal do eSocial



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**





I - UNILITRIL	Modelo Simples Nacional											
	1 - Tipo 1 - CNPJ 12.890.807/0001-26		2 - CNPJ 11111111		3 - Produto 1, 1		4 - Município RIO CLARO		5 - UF SP		6 - Telefone (11) 1111-1111	
	7 - Nome Fundonário Semanal			8 - Nome de usuário			9 - CPF 13500-000			10 - Telefone		
	11 - Data de nascimento 01/01/2000		12 - Sexo 1 - Masc.		13 - Estado Civil 1 - Solteiro		14 - RG 33862078876		15 - UF SP		16 - Dependente Mensal 1.320,00	
	17 - Contribuinte Insalubre		18 - Data de entrada		19 - Origem Registral		20 - UF SP		21 - PIS/PASEP/PACT 48657836952			
	22 - Endereço		23 - Nome		24 - CPF		25 - Município		26 - UF		27 - Telefone	
	28 - Nome de Ocupação Auxiliar Administrativo		29 - CID 411005		30 - Função do Pêso de Trabalho 1 - Empregado		31 - Anos 2 - Não		32 - Área 1 - Urbana		33 - Horário de Trabalho 1 - Sim	
	34 - Data de admissão 29/07/2023		35 - Hora de Admissão 08:00		36 - Hora de Término da Atividade 01:00		37 - Tipo de Trabalho Local com máquinas e		38 - Hora de Admissão 1 - Sim		39 - Hora de Término da Atividade 1 - Sim	
	40 - Data de início de trabalho 28/07/2023		41 - Local de Trabalho Estabelecimento no Brasil		42 - Especificação do Local Local com máquinas e		43 - CNPJ 20004300		44 - UF SP		45 - Hora de início de trabalho 2 - Não	
	46 - Município do Local de Trabalho RIO CLARO		47 - Partida (de acordo com o ITCO) Quilô (solares, m², metros, hectares e similares)		48 - Agência do Local 20004300		49 - Descrição do acidente Impacto de pessoa contra objeto parado		50 - Descrição do acidente Surgimento do local		51 - Hora de início de trabalho 2 - Não	
52 - Nome do testemunha 1		53 - Nome do testemunha 2		54 - Nome do testemunha 3		55 - Nome do testemunha 4		56 - Nome do testemunha 5		57 - Nome do testemunha 6		
58 - Endereço do testemunha 1		59 - Endereço do testemunha 2		60 - Endereço do testemunha 3		61 - Endereço do testemunha 4		62 - Endereço do testemunha 5		63 - Endereço do testemunha 6		
64 - Local e data		65 - Assinatura e Carimbo do emitente										
II - ATTESTADO MÉDICO	66 - U.F. de emissão do atestado médico LPA		67 - Data 29/07/2023		68 - Hora 08:30		69 - Motivo da consulta 1 - Sim		70 - Descrição da lesão ou doença Lesão imediata		71 - Descrição da lesão ou doença Traumatismo	
	72 - Descrição da lesão ou doença Traumatismo		73 - Descrição da lesão ou doença Traumatismo		74 - Descrição da lesão ou doença Traumatismo		75 - Descrição da lesão ou doença Traumatismo		76 - Descrição da lesão ou doença Traumatismo		77 - Descrição da lesão ou doença Traumatismo	
	78 - Descrição da lesão ou doença Traumatismo		79 - Descrição da lesão ou doença Traumatismo		80 - Descrição da lesão ou doença Traumatismo		81 - Descrição da lesão ou doença Traumatismo		82 - Descrição da lesão ou doença Traumatismo		83 - Descrição da lesão ou doença Traumatismo	
	84 - Descrição da lesão ou doença Traumatismo		85 - Descrição da lesão ou doença Traumatismo		86 - Descrição da lesão ou doença Traumatismo		87 - Descrição da lesão ou doença Traumatismo		88 - Descrição da lesão ou doença Traumatismo		89 - Descrição da lesão ou doença Traumatismo	
	90 - Descrição da lesão ou doença Traumatismo		91 - Descrição da lesão ou doença Traumatismo		92 - Descrição da lesão ou doença Traumatismo		93 - Descrição da lesão ou doença Traumatismo		94 - Descrição da lesão ou doença Traumatismo		95 - Descrição da lesão ou doença Traumatismo	
96 - Local e data		97 - Assinatura e Carimbo do médico com CRM										
III - INSS	98 - Matrícula		99 - Assinatura do senhor		100 - Assinatura do senhor		101 - Assinatura do senhor		102 - Assinatura do senhor		103 - Assinatura do senhor	
	104 - Matrícula		105 - Assinatura do senhor		106 - Assinatura do senhor		107 - Assinatura do senhor		108 - Assinatura do senhor		109 - Assinatura do senhor	
A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATORIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO 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](#)