

Cadastro da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)

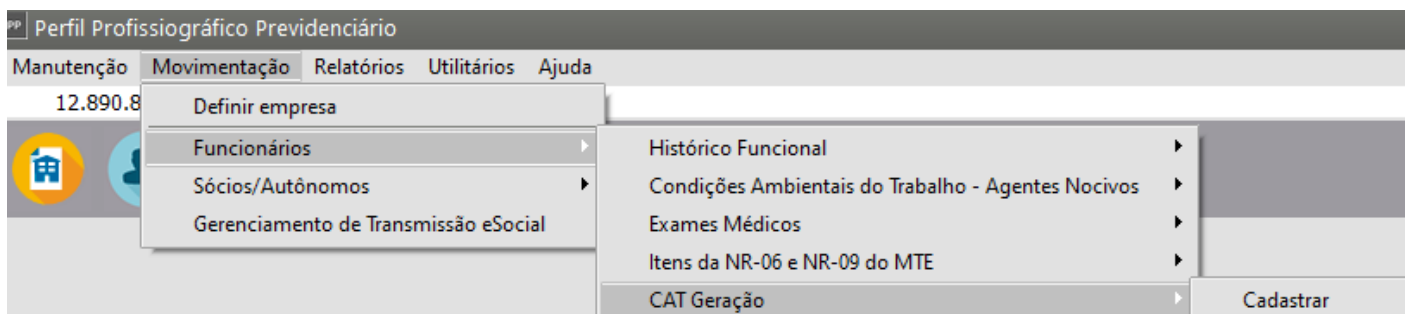
<https://www.youtube.com/embed/FRpizgHVbg4>

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 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

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

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

Desc. Local

Save icon | Close 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

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

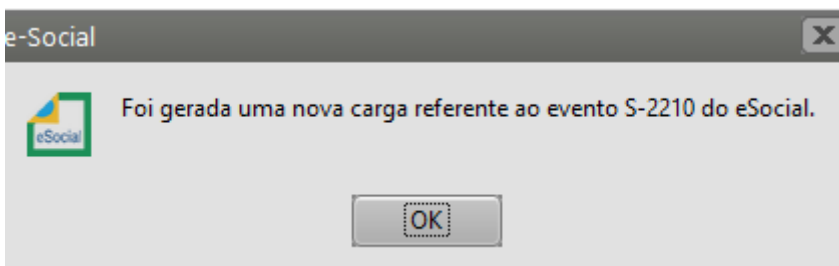
Tesmunha 2

Nome Telefone

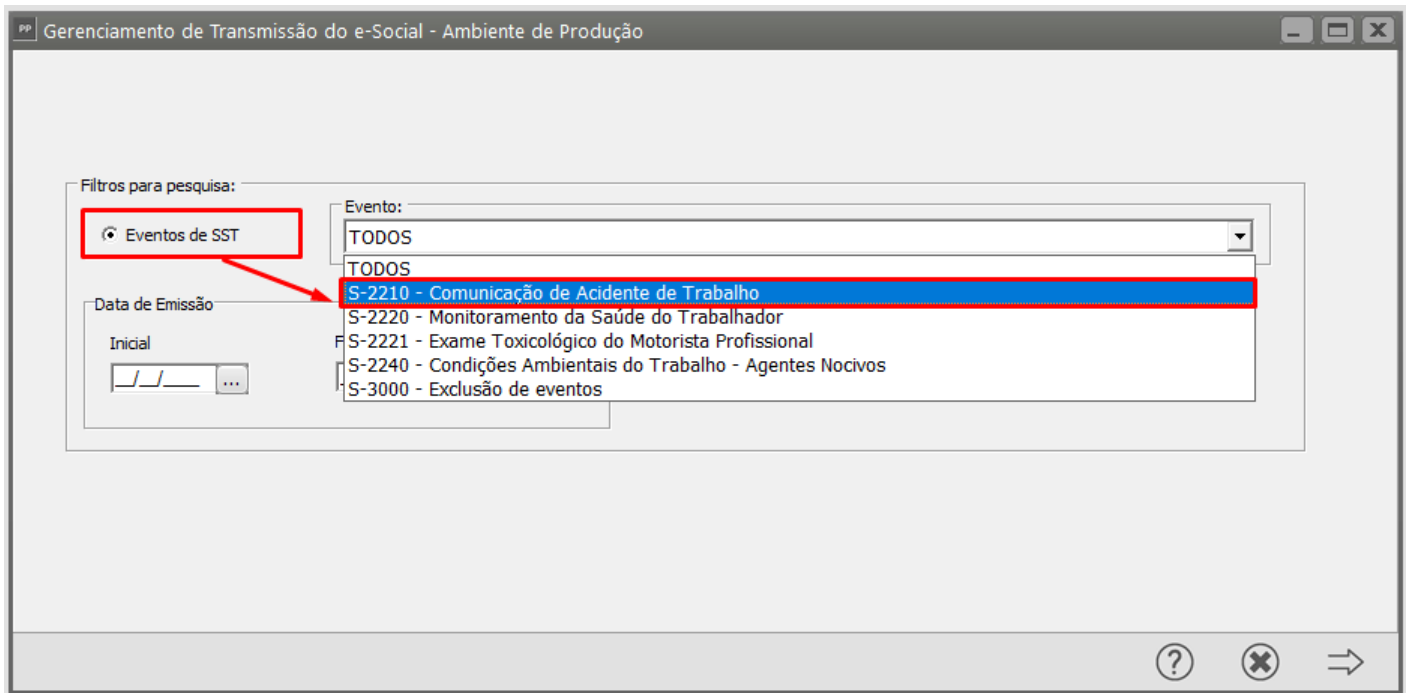
Endereço Bairro CEP Município UF

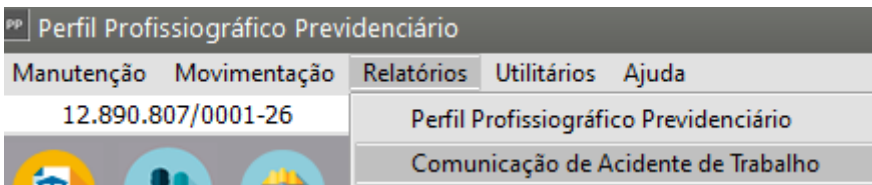
Ao salvar o **Cadastro da CAT** do funcionário, o **Sistema PPP** irá gerar a **carga do evento S2210** para ser enviada para o Portal do eSocial



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**





I - IDENTIFICAÇÃO	1 - Modelo de utilização 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 Fundadorio Semanal			8 - Nome de usuário			9 - CPF 13500-000			10 - UF SP		
	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 Individual		18 - Data de emissão		19 - Origem Registral		20 - UF SP		21 - INSCRIÇÃO 48657836952			
	22 - Nome Auxiliar Administrativo		23 - CNPJ 411005		24 - Filiação à Previdência Social 1 - Empregado		25 - Anos 2 - Não		26 - Área 1 - Urbana		27 - Horário de trabalho 1 - Sim	
	28 - Data de admissão 29/07/2023		29 - Hora de Admissão 08:00		30 - Hora de término da jornada 01:00		31 - Tipo 1 - Sim		32 - Hora de afastamento 1 - Sim			
	33 - Data de contratação 28/07/2023		34 - Local de Admissão Estabelecimento no Brasil		35 - Regime de trabalho Local com máquinas e		36 - CNPJ 20004300		37 - UF SP			
	38 - Município do Local de Admissão RIO CLARO		39 - Partida (de acordo com o ICD-10) Queda (sem traumas, estresse, suicídio e sequelas)		40 - Agência do acidente 20004300		41 - Motivo registrado 2 - Não		42 - UF SP			
	43 - Descrição do acidente Impacto de pessoa contra objeto parado		44 - Local de ocorrência Surgimento do local		45 - UF SP		46 - UF SP		47 - UF SP			
48 - Nome Instituições 1		49 - Nome Instituições 2		50 - Nome Instituições 3		51 - Nome Instituições 4		52 - Nome Instituições 5		53 - Nome Instituições 6		
Local e data						Assinatura e Carimbo do emitente						
II - ATTESTADO MÉDICO	54 - Uf estado de residência médico LPA		55 - Data 29/07/2023		56 - Hora 08:30							
	57 - Motivo da consulta 1 - Sim		58 - Duração prevista de tratamento dias		59 - Garantia adicional sobre afastamento de trabalho durante o tratamento 1 - Sim							
	60 - Descrição da lesão ou do acidente Lesão imediata											
	61 - Descrição da lesão Traumatismo		62 - CID - 10									
63 - Descrição do acidente acidente típico												
Local e data						Assinatura e Carimbo do médico com CRM						
III - INSS	64 - Residência em		65 - Categoria Urbana		66 - Número da CAT		NOTAS: 1 - A inexistência 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.					
	Matrícula		Assinatura do servidor									
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](#)