

# Impressão da CAT

## (Comunicação de Acidente de Trabalho)

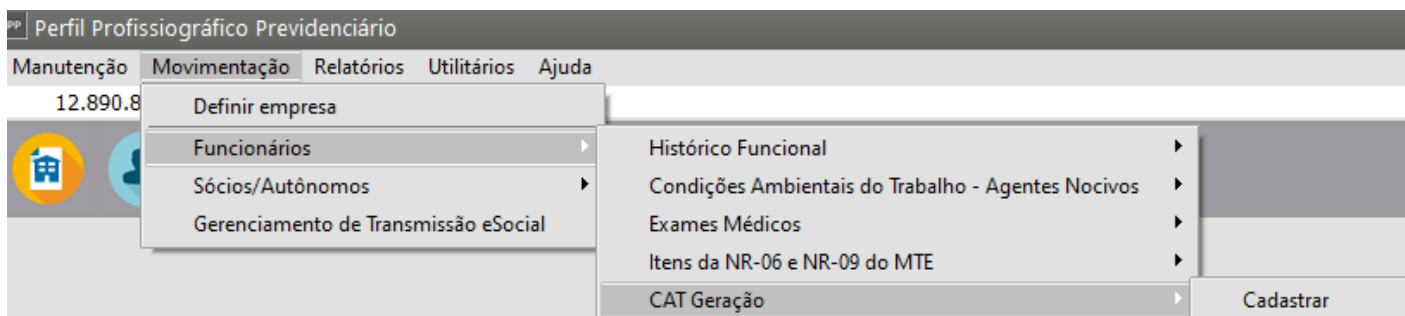
<https://www.youtube.com/embed/SLgVyHZO3mU>

**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 | Cancel

**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

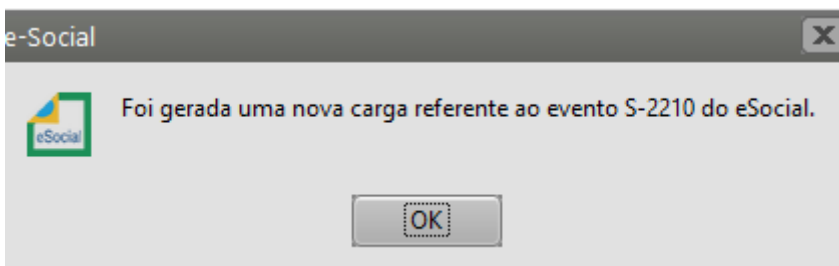
Tesmunha 2

Nome  Telefone

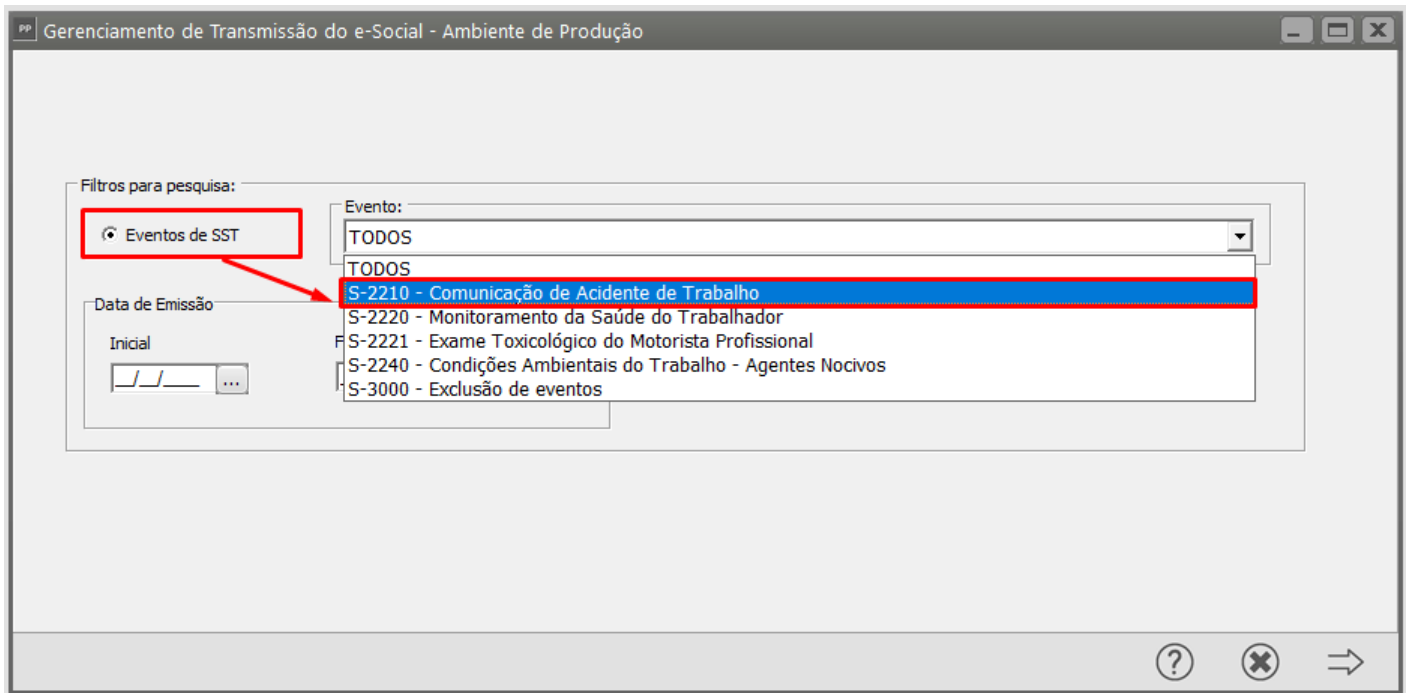
Endereço  Bairro  CEP  Município  UF

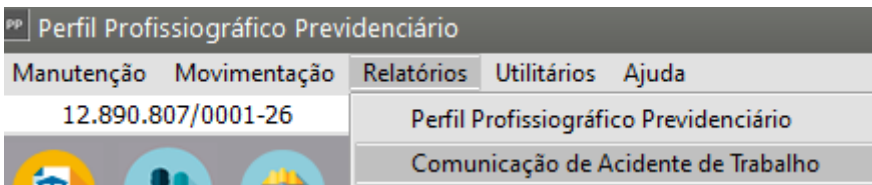
Ao salvar o **Cadastro da CAT** do funcionário, o **Sistema PPP** irá gerar a **carga do evento S2210** para ser enviada para o Portal do eSocial



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 - UNILITIL Admitido ou Decidiu Acidente ou Decidiu Trabalhistas	1 - Modelo de Utilização <b>MODELO SIMPLES NACIONAL</b>											
	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	
	2 - Nome Fundadorio Semanal											
	3 - Data de nascimento 01/01/2000											
	4 - Sexo 1 - Masc.		5 - Estado Civil 1 - Solteiro		6 - RG 33862078876		7 - UF SP		8 - Dependente Mensal 1.320,00			
	9 - Contribuinte Insalubre		10 - Data de entrada		11 - Origem Registral		12 - UF SP		13 - INSS/PORFACAT 48657836952			
	21 - Endereços											
	22 - Nome de Despesa Auxiliar Administrativo											
	23 - CID 411005		24 - Fluxo de Pagamento da Previdência Social 1 - Empregado		25 - Aposentado 2 - Não		26 - Área 1 - Urbana		27 - Hora de Trabalho 08:00		28 - Horário de Trabalho 01:00	
	29 - Data do acidente 28/07/2023		30 - Local do acidente Estabelecimento no Brasil		31 - Descrição do local Local com máquinas e		32 - CNPJ 200094300		33 - UF SP			
34 - Descrição do acidente Impacto de pessoa contra objeto parado												
35 - Local do acidente Sangramento do local												
36 - Nome do testemunha 1 Testemunha 1												
37 - Endereços		38 - Nome		39 - CPF		40 - Município		41 - UF		42 - Telefone		
38 - Nome do testemunha 2 Testemunha 2												
39 - Endereços		40 - Nome		41 - CPF		42 - Município		43 - UF		44 - Telefone		
Local e data												
Local e data					Assinatura e Carimbo do emitente							
II - ATTESTADO MÉDICO Impressão ou Tarefa - Microinformática	45 - U.F. de emissão do atestado médico LPA		46 - Data 29/07/2023		47 - Hora 08:30		48 - Descrição do acidente Lesão imediata		49 - Descrição do acidente Traumatismo		50 - CID - 10	
	51 - Descrição do acidente Lesão imediata		52 - Descrição do acidente Traumatismo		53 - CID - 10		54 - Descrição do acidente acidente típico		55 - CID - 10			
	Local e data											
	Assinatura e Carimbo do médico com CRM											
	56 - Residência em											
57 - Categoria Profissional		58 - Número de CAT		59 - Matrícula		60 - Assinatura do senhor		61 - Número de CAT		62 - Notas		
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](#)

Revision #11

Created 11 July 2023 17:43:34 by ProjetosD

Updated 29 May 2026 18:14:10 by ProjetosD