

# Imprimindo a CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) dos Funcionários - S2210

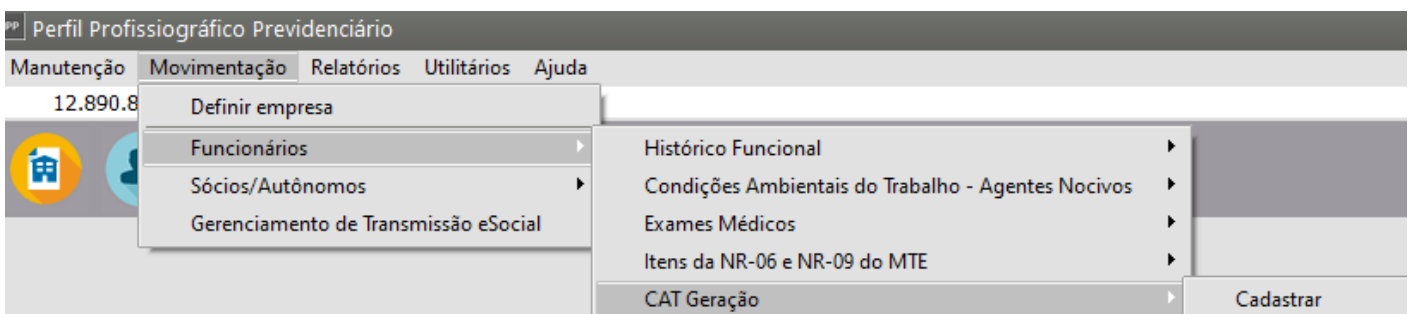
<https://www.youtube.com/embed/SLgVyHZO3mU>

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.

## 1º Passo) Informar os dados referente a CAT

Acesse o menu **Movimentação>Funcionários>CAT Geração>Cadastra;**



**a) Aba Principal** - informe:

- [Código e Nome do Funcionário](#)
- 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

**b) 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 | Cancel

**c) 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 [ ] Internação   
 Duração do Tratamento [ ] Cod. CID [ ]

[ ] [ ]

**d) 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

**e) 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

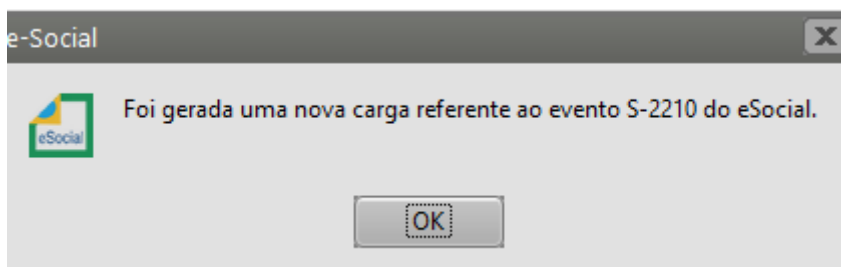
Tesmunha 2

Nome  Telefone

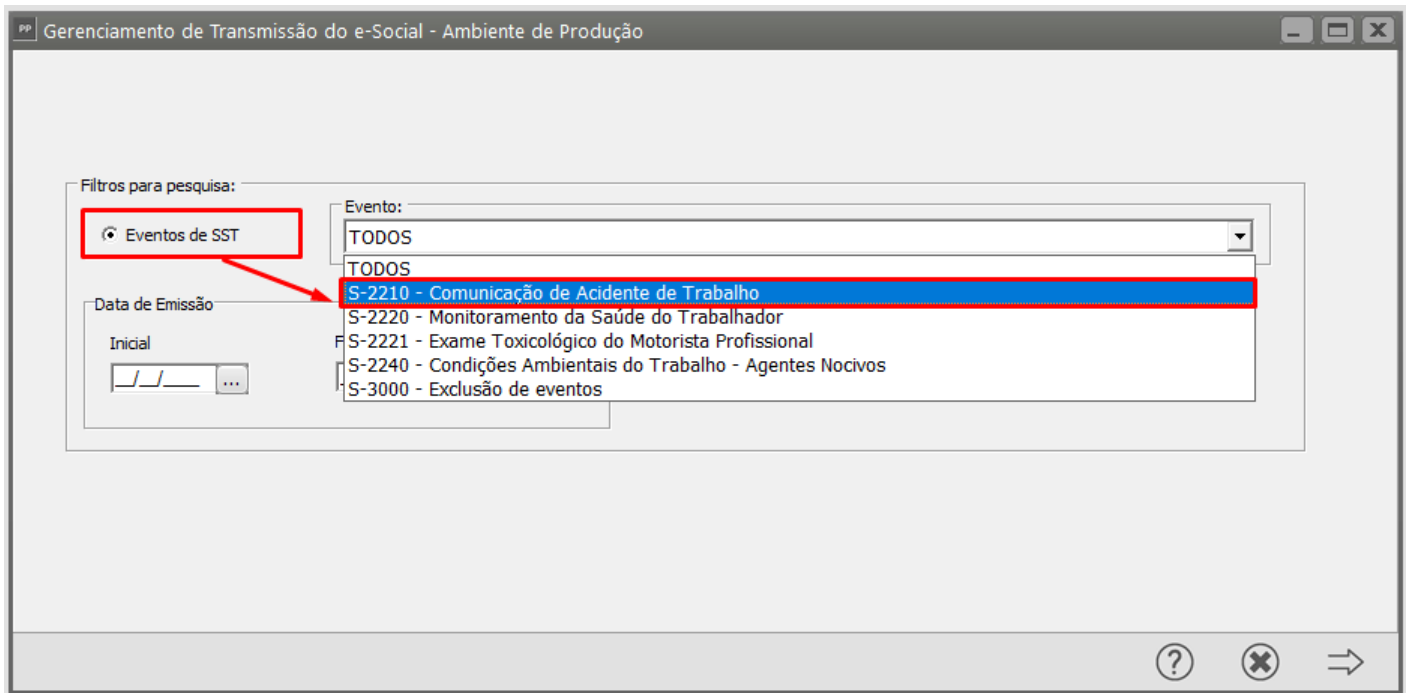
Endereço  Bairro  CEP  Município  UF

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

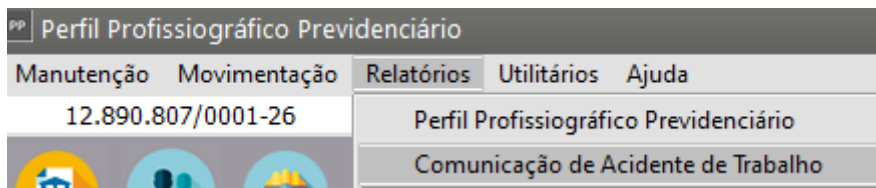


Acesse o **Gerenciamento de Transmissão do eSocial** e a **selecione para envio:**



## 2º Passo) Impressão da CAT

Para realizar a **Impressão da CAT**, acesse o menu **Relatórios > Comunicação de Acidente de Trabalho**





I - LÍMITE ÚTIL	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 do titular Fundador Semanal											
	8 - Nome de usuário											
	9 - Data de nascimento 01/01/2000		10 - Sexo 1 - Masc.		11 - Estado Civil 1 - Solteiro		12 - RG 33862078876		13 - UF SP		14 - Dependente Mensal 1.320,00	
	15 - Contribuinte Insalubre		16 - Data de emissão		17 - Origem Registrada		18 - UF SP		19 - INSS/POR/FUNCT 48657836952			
	20 - Endereço											
	21 - Nome de Despesa Auxiliar Administrativo		22 - CID 411005		23 - Filiação à Função da Base 1 - Empregado		24 - Aparência 2 - Não		25 - Área 1 - Urbana		26 - Horário de atendimento 1 - Sim	
	27 - Data de admissão 29/07/2023		28 - Hora de Admissão 08:00		29 - Apoio quanto às horas trabalhadas 01:00		30 - Tipo 1 - Sim		31 - Hora de saída 1 - Sim			
	32 - Data de contratação 28/07/2023											
33 - Local de Admissão Estabelecimento no Brasil		34 - Regime de trabalho Local com máquinas e		35 - CNPJ 200094300		36 - UF SP		37 - Agência 200094300				
38 - Município do Local de Admissão RIO CLARO												
39 - Descrição do tipo de gerador de acidente de trabalho Queda (solteiro, médico, enfermeiro, audição e equilíbrio)												
40 - Descrição do acidente Impacto de pessoa contra objeto parado												
41 - Local de ocorrência Surgimento do local												
42 - Descrição do acidente Surgimento do local												
43 - Município do Local de Ocorrência Rio Claro												
44 - UF SP												
45 - Telefone												
46 - Telefone												
47 - Nome do testemunha 1 Testemunha 1												
48 - Nome do testemunha 2 Testemunha 2		49 - Nome		50 - CPF		51 - Município		52 - UF		53 - UF		
Local e data												
Local e data					Assinatura e Carimbo do emitente							
II - ATTESTADO MÉDICO	54 - Uf de emissão do atestado 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 o acidente de trabalho durante o tratamento 1 - Sim			
	60 - Descrição do acidente de trabalho Lesão imediata											
	61 - Descrição da lesão Traumatismo											
	62 - Descrição do acidente acidente típico											
	Local e data											
	Assinatura e Carimbo do médico com CRM											
	63 - Residência em											
	64 - Categoria Profissional		65 - Número de CAT		66 - INSS		67 - Matrícula		68 - Assinatura do senhor			
	69 - Descrição do acidente 1 - A inexistência das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos arts. 17º e 206 do Código Penal. 2 - A comunicação de acidente de 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.											
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 #14

Created 29 July 2023 07:28:19 by ProjetosD

Updated 29 May 2026 17:25:23 by ProjetosD