

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

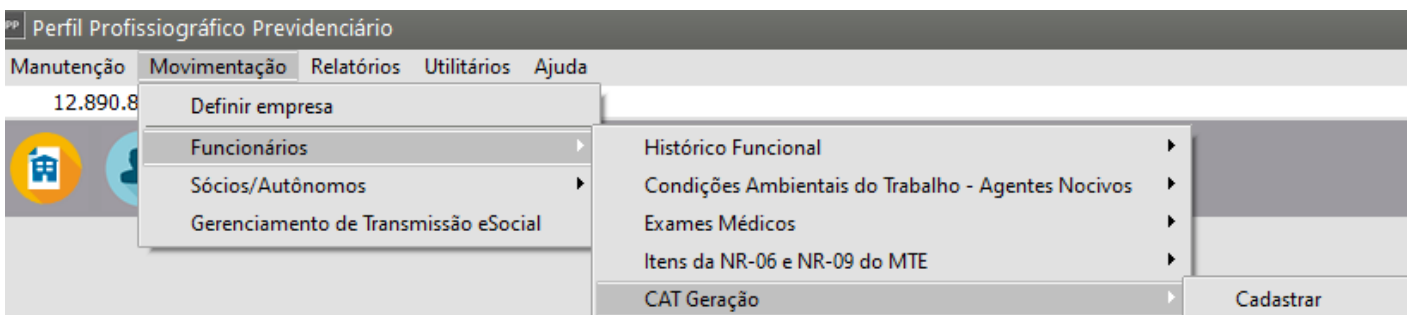
<https://www.youtube.com/embed/QpUCeggqieA>

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

Comunicação de Acidente de Trabalho - Inclusão

Principal | Endereço do Acidente | Detalhamento | Observações | Testemunhas

Funcionario
Codigo: 5 Nome: Funcionario

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

Filiação
 Empregado Trab. Avulso Seg. Especial Médico residente

Tipo CAT
 Inicial Reabertura Comunicação de Obito

Óbito
 Houve Óbito
Data do Óbito:

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. Municipio 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 | Close icon

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

Save icon | Print icon

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

PP Comunicação de Acidente de Trabalho - Inclusão

Principal | Endereço do Acidente | Detalhamento | Observações | Testemunhas

Tesmunha 1



Nome Telefone

Endereço Bairro CEP Município UF

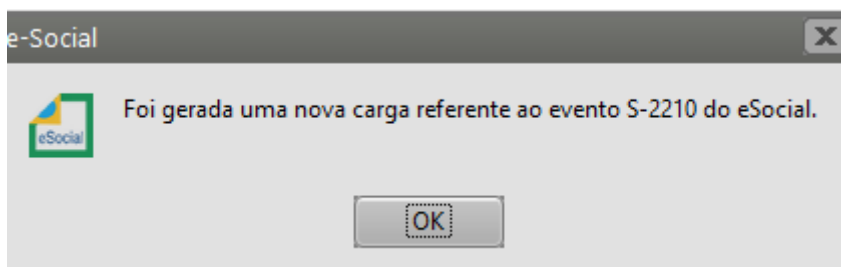
Tesmunha 2

Nome Telefone

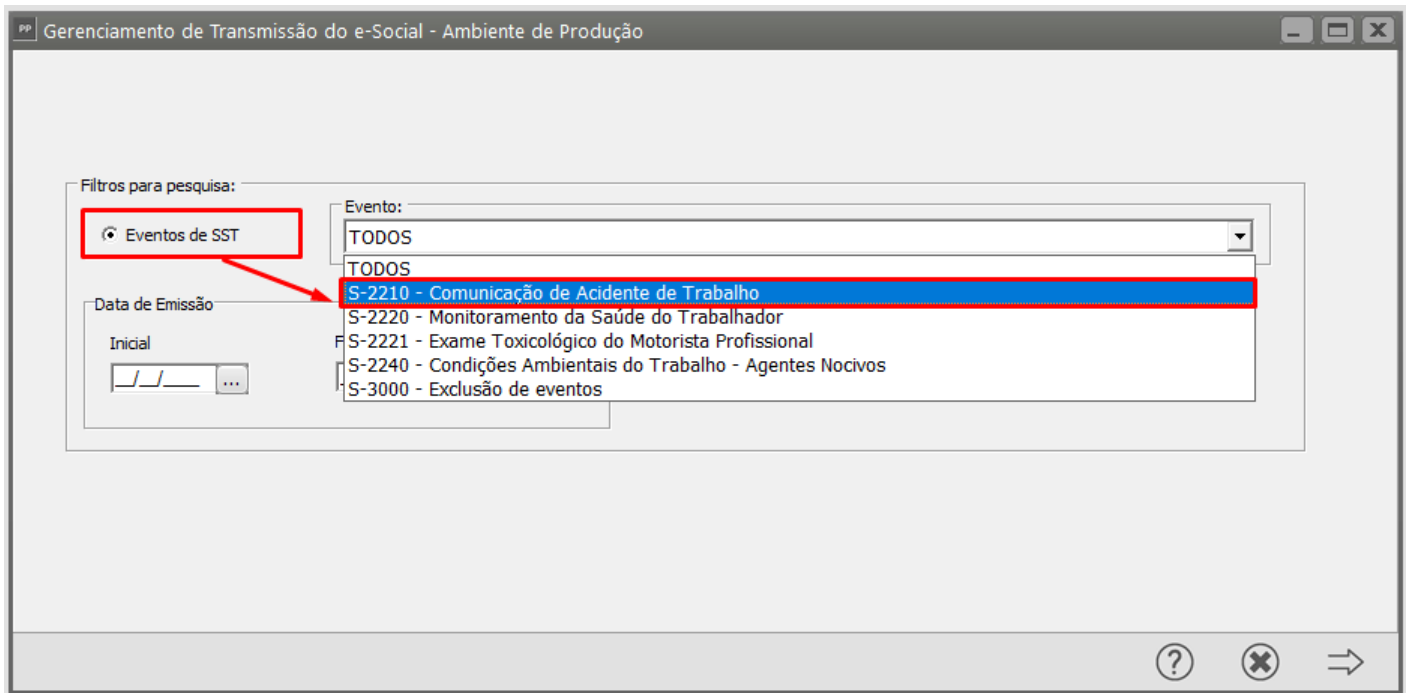
Endereço Bairro CEP Município UF

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**

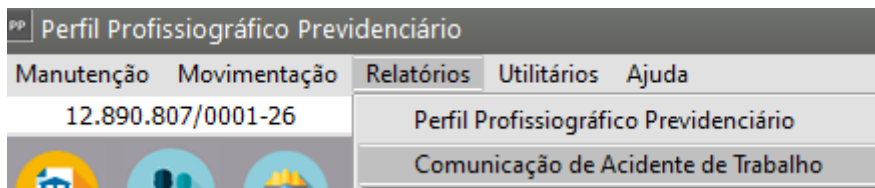


Acesse o **Gerenciamento de Transmissão do eSocial** e a **selecione para envio:**



2º Passo) Impressão da CAT

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





I - IDENTIFICAÇÃO	1 - Tipo de CAT 1 - INSS			
	2 - Modelo Nacional MODELO SIMPLES NACIONAL			
	3 - Tipo 1 - CNPJ 12.890.807/0001-26	4 - CNPJ 11111111	5 - Produto 1, 1	
	6 - Nome (se não houver) Fundonário Semanal	7 - Nome de usuário Centro	8 - CPF 13500-000	9 - Município RIO CLARO
	10 - UF SP	11 - Telefone (11) 1111-1111		
	12 - Data de nascimento 01/01/2000	13 - Sexo 1 - Masc.	14 - Estado Civil 1 - Solteiro	15 - RG 33862078876
	16 - CPF 48657836952	17 - UF SP	18 - Dependente Mensal 1 - Não	19 - Valor Mensal 1.320,00
	20 - Nome Auxiliar Administrativo	21 - Cargo 411005	22 - Filiação à Função da Base 1 - Empregado	23 - Anos 2 - Não
	24 - Data de admissão 29/07/2023	25 - Hora de Admissão 08:00	26 - Hora de saída 01:00	27 - Tipo de Horário 1 - Sim
	28 - Data de contratação 28/07/2023	29 - Local de Admissão Estabelecimento no Brasil	30 - Regime de trabalho Local com máquinas e	31 - CENPJ 20004300
32 - Município do Local de Admissão RIO CLARO	33 - Partida (de acordo com o Manual de Códigos) Quilômetro (se for o caso, indicar o número)	34 - Agência do Local 20004300	35 - Hora de registro 2 - Não	
36 - Descrição do acidente Impacto de pessoa contra objeto parado	37 - Tipo de acidente Surgimento do local	38 - Local de registro 2 - Não	39 - Hora de registro 2 - Não	
40 - Nome do testemunha 1 Testemunha 1	41 - Nome do testemunha 2 Testemunha 2	42 - Nome do testemunha 3 Testemunha 3	43 - Nome do testemunha 4 Testemunha 4	
Local e data		Assinatura e Carimbo do emitente		
II - ATTESTADO MÉDICO	44 - U.F. de emissão do atestado médico UFA	45 - Data 29/07/2023	46 - Hora 08:30	
	47 - Motivo da consulta 1 - Sim	48 - Duração prevista de tratamento dias	49 - Garantia adicional sobre o acidente de trabalho durante o tratamento 1 - Sim	
	50 - Descrição do acidente de trabalho Lesão imediata	51 - Descrição da lesão Traumatismo	52 - CID - 10	
	53 - Descrição do acidente acidente típico			
	Local e data		Assinatura e Carimbo do médico com CRM	
III - INSS	54 - Matrícula	55 - Categoria do usuário	56 - Número da CAT	
	Assinatura do servidor		57 - Notas 1 - A anexação 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](#)