



**PORTARIA MPAS Nº 5.817, DE 06 DE OUTUBRO DE 1999.**

Altera o formulário "Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT", anexo à Portaria.

O MINISTRO DE ESTADO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, no uso da atribuição que lhe confere o art. 87, parágrafo único, inciso II, da Constituição Federal,

Considerando as disposições das Leis nºs 8.212 e 8.213, de 24 de julho de 1991;

Considerando as alterações introduzidas pelo Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999;

Considerando a implantação do formulário "Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT" para processamento eletrônico mediante a Internet, conforme disposto na Portaria nº 5.200, de 17 de maio de 1999;

Considerando a necessidade de uniformização quanto ao recebimento e análise de dados da comunicação de acidente do trabalho, resolve:

Art. 1º - Alterar o formulário "Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT", conforme anexo.

Art. 2º - Estabelecer que o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS adote as providências necessárias para que o formulário seja implantado no prazo de trinta dias a contar da publicação desta Portaria.

Art. 3º - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º - Revoga-se a Portaria nº 5.051, de 26 de fevereiro de 1999.

WALDECK ORNÉLAS

ANEXO

<b>PREVIDÊNCIA SOCIAL</b> <b>INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL</b>	1- Emitente <input type="checkbox"/>
	1- Empregador 2- Sindicato 3- Médico 4- Segurado ou dependente 5- Autoridade pública
<b>COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT</b>	2- Tipo de CAT <input type="checkbox"/>
	1- Inicial 2- Reabertura 3- Comunicação de Óbito em: <input type="text"/>
<b>I - EMITENTE</b>	
<b>Empregador</b>	
3- Razão Social /Nome <input type="text"/>	
4- Tipo <input type="checkbox"/> NIT <input type="text"/>	1- CGC/CNPJ 2- CEI 3- CPF 4- <input type="text"/>
5- CNAE <input type="text"/>	6- Endereço - Rua/Av. <input type="text"/>

Complemento (continuação) <input type="text"/>	Bairro <input type="text"/>	CEP <input type="text"/>	7- Município <input type="text"/>	8-UF <input type="text"/>	9- Telefone <input type="text"/>
---	--------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	------------------------------	-------------------------------------

### Acidentado

10- Nome <input type="text"/>
----------------------------------

11- Nome da mãe <input type="text"/>
---

12- Data de nasc. <input type="text"/>	13- Sexo <input type="checkbox"/> 1- Masc. 3- Fem.	14- Estado civil <input type="checkbox"/> 1- Solteiro 2- Casado 3- Viúvo 4- Sep. judic. 5- Outro 6 - Ignorado	15- CTPS- Nº /Série/ Data de emissão <input type="text"/>	16- UF <input type="text"/>	17- Remuneração Mensal <input type="text"/>
---	--	--	--	--------------------------------	--

18- Carteira de Identidade <input type="text"/>	Data de emissão <input type="text"/>	Órgão Expedidor <input type="text"/>	19- UF <input type="text"/>	20- PIS/PASEP/NIT <input type="text"/>
--	---	---	--------------------------------	---

21- Endereço - Rua/Av/ <input type="text"/>
--

Bairro <input type="text"/>	CEP <input type="text"/>	22- Município <input type="text"/>	23- UF <input type="text"/>	24- Telefone <input type="text"/>
--------------------------------	-----------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

25- Nome da ocupação <input type="text"/>	26- CBO <input type="text"/> <a href="#">consulte CBO</a>	27- Filiação à Previdência Social <input type="checkbox"/> 1- Empregado 2- Tra. avulso 7- Seg. especial 8- Médico residente	28- Aposentado? <input type="checkbox"/> 1- sim 2- não	29- Áreas <input type="checkbox"/> 1- Urbana 2- Rural
--	---	--	--	---

### Acidente ou Doença

30- Data do acidente <input type="text"/>	31- Hora do acidente <input type="text"/>	32- Após quantas horas de trabalho? <input type="text"/>	33- tipo <input type="checkbox"/> 1-Típico 2- Doença 3- Trajeto	34- Houve afastamento? <input type="checkbox"/> 1-sim 2-não
--	--	---	---	---

35- Último dia trabalhado <input type="text"/>	36- Local do acidente <input type="text"/>	37 - Especificação do local do acidente <input type="text"/>	38- CGC/CNPJ <input type="text"/>	39- UF <input type="text"/>
---	---	---	--------------------------------------	--------------------------------

40- Município do local do acidente <input type="text"/>	41- Parte(s) do corpo atingida(s) <input type="text"/>	42- Agente causador <input type="text"/>
--	---	---

43- Descrição da situação geradora do acidente ou doença <input type="text"/>	44- Houve registro policial ? <input type="checkbox"/> 1- sim 2- não
	45- Houve morte ? <input type="checkbox"/> 1- sim 2- não

### Testemunhas

46- Nome <input type="text"/>
----------------------------------

47- Endereço - Rua/Av/nº/comp. <input type="text"/>
--

Bairro <input type="text"/>	CEP <input type="text"/>	48- Município <input type="text"/>	49- UF <input type="text"/>	Telefone <input type="text"/>
--------------------------------	-----------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

50- Nome				
51- Endereço - Rua/Av/nº/comp.				
Bairro	CEP	52- Município	53- UF	Telefone

Local e data	Assinatura e carimbo do emitente
--------------	----------------------------------

**II - ATESTADO MÉDICO**  
Deve ser preenchido por profissional médico.

<b>Atendimento</b>		
54- Unidade de atendimento médico	55- Data	56- Hora
57- Houve internação? <input type="checkbox"/> 1-sim 2- não	58- Duração provável do tratamento <input type="text"/> dias	59- Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input type="checkbox"/> 1-sim 2-não

<b>Lesão</b>
60- Descrição e natureza da lesão

<b>Diagnóstico</b>	
61- Diagnóstico provável	62- CID-10

63- Observações:
------------------

Local e data	Assinatura e carimbo do médico com CRM
--------------	--

**III - INSS**

64- Recebida em	65- Código da Unidade	66- Número do CAT	Notas: <b>1-</b> A inexatidão das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos artigos. 171 e 299 do Código Penal.  <b>2-</b> A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa, na forma prevista no art. 22 da Lei nº 8.213/91.
67- Matrícula do servidor			
Matricula	Assinatura do servidor		

**A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO**



## VERSO DA CAT

### ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO CAT

Obs.: A CAT deverá ser emitida para todo acidente ou doença relacionados com o trabalho ainda que não haja afastamento ou incapacidade. As datas informadas, deverão ser completas, o ano com quatro dígitos. (Ex. 15/12/1999), a hora com quatro dígitos (ex: 10:45). Telefone, quando houver, informar inclusive DDD (Ex.: (0XX61)7654321).

A comunicação, os conceitos e a caracterização do acidente são regidos pelo Decreto nº 3.048/99.

#### Quadro I - Emitente

Campo 1 - Emitente - Informar no campo demarcado o dígito que especifica o responsável pela emissão da CAT. Ex.: (1) empregador.

Campo 2 - Tipo de CAT - Informar no campo demarcado o dígito que especifica o tipo de CAT, sendo: (1) Inicial, refere-se à primeira comunicação do acidente ou doença quando estes ocorrem; (2) Reabertura - quando houver reinício de tratamento ou afastamento por agravamento da lesão por acidente ou doença comunicado anteriormente ao INSS;

(3) Comunicação de Óbito - Refere-se a comunicação do óbito, em decorrência de acidente de trabalho ocorrido após a emissão da CAT inicial.

Obs.: Os acidentes com morte imediata deverão ser comunicados na CAT inicial.

#### Informações relativas ao Empregador.

Campo 3 - Razão Social/Nome - Informar a denominação da empresa, cooperativa, associação, autônomo ou equiparado quando empregador (ver artigo 12 do Decreto nº 3.048/99). Obs.: Informar o nome do acidentado quando segurado especial.

Campo 4 - Tipo e nº de documento - Informar o código que especifica o tipo de documentação, cuja numeração será inserida neste, sendo: (1) CGC/CNPJ - informar o número da matrícula no Cadastro Geral de Contribuintes ou Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da empresa quando empregadora; (2) CEI - informar o número de inscrição no Cadastro Específico do INSS quando empregador for pessoa jurídica desobrigada de inscrição no CGC; (3) CPF - informar o número de inscrição no Cadastro de Pessoa Física quando empregador for pessoa física; (4) NIT - informar o Número de Identificação do Trabalhador no INSS quando for segurado especial.

Campo 5 - CNAE - Informar o código relativo a atividade principal do estabelecimento em conformidade com aquela que determina o Grau de Risco para fins de contribuição para os benefícios decorrentes de acidente de trabalho. O código CNAE (Classificação Nacional de Atividade Econômica) encontra-se no documento de CGC da empresa ou no anexo V do Decreto nº 3.048/99.

Campos 6 a 9 - Endereço - Informar o endereço completo referente ao Campo 3.

#### Informações relativas ao Acidentado.

Campo 10 - Nome - Informar o nome completo do acidentado sem abreviaturas.

Campo 11 - Nome da mãe - Informar o nome completo da mãe do acidentado sem abreviaturas.



Campo 12 - Data de nascimento - Informar a data completa de nascimento do acidentado.

Campo 14 - Estado Civil - Informar (6) ignorado quando o estado civil for desconhecido ou não informado.

Campos 15 e 16 - CTPS - Informar o número, série, data de emissão e UF de emissão da Carteira de Trabalho e Previdência Social. Obs.: No caso de segurado empregado é obrigatória a especificação do número da CTPS.

Campo 17 - Remuneração mensal - Informar a remuneração mensal do acidentado em moeda corrente, da data do acidente.

Campo 20 - PIS/PASEP/NIT - Informar o número de inscrição PIS/PASEP. No caso de segurado especial ou médico residente informar o número de inscrição de Contribuinte Individual no INSS.

Campos 21 a 24 - Endereço do acidentado - Informar o endereço completo referente ao acidentado.

Campos 25 e 26 - Nome da ocupação / CBO - Informar o nome da ocupação exercida pelo acidentado a época do acidente / doença e o respectivo código constante do Código Brasileiro de Ocupação.

Campo 28 - Aposentado - Informar (1) Sim, somente se aposentado pelo Regime Geral de Previdência Social - RGPS.

Campo 29 - Área - Informar a natureza da prestação de serviços, se Urbana ou Rural.

Informações relativas ao Acidente ou Doença.

Campo 30 - Data do acidente - Informar a data em que o acidente ocorreu. No caso de doença, informar a data da conclusão do diagnóstico ou do início da incapacidade laborativa, aquela que ocorrer primeiro.

Campo 31 - Hora do acidente - No caso de doença, deixar o campo em branco.

Campo 32 - Após quantas horas de trabalho - Informar o número de horas trabalhadas entre o início da jornada e o acidente. No caso de doença, deixar em branco.

Campo 33 - Tipo de acidente - Informar o tipo de acidente sendo (1) Típico, o que ocorrer com o segurado a serviço da empregadora; (2) Doença ocupacional; (3) Trajeto, aquele ocorrido no percurso residência/local de trabalho ou vice-versa.

Campo 35 - Último dia trabalhado - Se campo 34 = (1) Sim, informar o último dia em que o acidentado trabalhou, mesmo que não tenha cumprido a jornada.

Campo 36 - Local do acidente - Informar o local onde ocorreu o acidente, sendo: (1) Em estabelecimento da empregadora; (2) Em empresa onde a empregadora presta serviços; (3) Em via pública; (4) Em área rural; (5) Outros.

Campo 37 - Especificação do local do acidente - Informar de maneira clara e precisa o local onde ocorreu o acidente. (Ex. pátio, rampa de acesso, posto de trabalho, nome da rua, etc.)

Campo 38 - CGC/CNPJ - Informar o CGC ou CNPJ da empresa onde ocorreu o acidente/doença, quando no campo 36 for (2).



Campo 41 - Parte(s) do corpo atingida(s) - Para o acidente do trabalho, deverá ser informado a parte do corpo diretamente atingida pelo agente causador, seja externa ou internamente. Para doenças ocupacionais, informar o órgão ou sistema lesionado. Especificar o lado atingido (direito ou esquerdo), quando se tratar de parte do corpo que seja bilateral.

Campo 42 - Agente Causador - Informar o agente diretamente relacionado ao acidente: máquina, equipamento, ferramenta (ex.: prensa ou injetora de plásticos); produtos químicos, agentes físicos ou biológicos (ex.: benzeno, sílica, ruído, salmonela); situações específicas (ex.: queda, choque elétrico, atropelamento).

Campo 43 - Descrição da situação geradora do acidente - Descrever a situação ou a atividade de trabalho desenvolvida pelo acidentado, e por outros diretamente relacionados ao acidente. Tratando-se de acidente de trajeto especificar o deslocamento e informar se este foi ou não, alterado ou interrompido por motivos alheios ao trabalho. Caso de doença, descrever a atividade de trabalho, o ambiente, ou as condições em que o trabalho era realizado. Obs.: Evitar consignar neste campo o diagnóstico da doença ou lesão (Ex.: indicar a exposição continuada a níveis acentuados de benzeno em função da atividade de pintar motores com tintas contendo solventes orgânicos e não benzenismo).

Campo 45 - Houve morte - Responder (1) Sim, se a morte ocorreu antes do preenchimento da CAT, independente de ter ocorrido no local do acidente ou após. Se posterior a emissão da CAT inicial (tipo 1), deverá ser emitida CAT de óbito (tipo 3), anexando Certidão de Óbito.

Informações relativas a Testemunhas.

Campos 46 a 53 - Testemunhas - Informar testemunhas que tenham presenciado o acidente ou aquelas que primeiro tomaram ciência do fato.

Identificação: local, data, assinatura e carimbo do emitente. No caso de emissão pelo próprio segurado ou por seus dependentes fica dispensado o carimbo, porém, mencionar o nome legível do emitente ao lado ou abaixo de sua assinatura.

Informações relativas ao Atestado Médico.

Deverá ser preenchido por profissional médico, no caso de morte é dispensável, devendo ser apresentada a certidão de óbito e quando houver, o laudo de necrópsia.

Campo 58 - Duração provável do tratamento - Informar em número de dias a duração provável de tratamento, mesmo que superior a quinze dias.

Campo 60 - Descrição e natureza da lesão - Fazer relato claro e sucinto, informando a natureza, tipo da lesão e/ou quadro clínico da doença citando a parte do corpo atingida, sistemas ou aparelhos. Exemplos: edema, equimose, limitação dos movimentos na articulação târsica direita; sinais flogísticos, edema no antebraço esquerdo e dor a movimentação da flexão do punho esquerdo.

Campo 61 - Diagnóstico provável - Informar objetivamente o diagnóstico. (ex. a) entorse tornozelo direito; b) tendinite dos flexores do carpo.).

Campo 62 - CID-10 - Classificar conforme CID-10 (Ex. S 93.4 - entorse e distensão do tornozelo; M65.9 - sinovite ou tendinite não especificada).

Campo 63 - Observações - Citar qualquer tipo de informação médica adicional, como condições patológicas pré-existent, concausas, se há compatibilidade entre o estágio evolutivo das lesões e a data do acidente declarada. Existindo recomendação especial para permanência no trabalho, justificar.

07.10.99

