

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA CAT RGPS

Quadro I – EMITENTE

I.1 - Informações relativas ao EMITENTE

Campo 1. Emitente - informar no campo demarcado o dígito que especifica o responsável pela emissão da CAT, sendo:

1. empregador;
2. sindicato;
3. médico;
4. segurado ou seus dependentes;
5. autoridade pública (subitem 1.6.1 da Parte III).

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 do trabalho;
2. reabertura - quando houver reinício de tratamento ou afastamento por agravamento da lesão (acidente ou doença comunicado anteriormente ao INSS);
3. comunicação de óbito - refere-se à comunicação do óbito, em decorrência de acidente do trabalho, ocorrido após a emissão da CAT inicial. Deverá ser anexada a cópia da Certidão de Óbito e, quando houver, do laudo de necropsia.

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

1. **Campo 3. Razão Social/Nome**- informar a denominação da empresa empregadora.

Obs.: Informar o nome do acidentado, quando este for segurado especial.

Campo 4. Tipo e número do documento - informar o código que especifica o tipo de documento, sendo:

1. CGC/CNPJ - informar o número ou matrícula no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ da empresa empregadora;
2. CEI - informar o número de inscrição no Cadastro Específico do INSS - CEI, quando o empregador for pessoa jurídica desobrigada de inscrição no CGC/CNPJ;
3. CPF - informar o número de inscrição no Cadastro de Pessoa Física - CPF, quando o empregador for pessoa física;
4. NIT - informar o Número de Identificação do Trabalhador no INSS - NIT, quando for segurado especial.

Campo 5. CNAE - informar o código relativo à atividade principal do estabelecimento, em conformidade com aquela que determina o Grau de Risco para fins de contribuição para os

benefícios concedidos em razão do grau de incidência da incapacidade laborativa decorrente dos riscos ambientais do trabalho. O código CNAE (Classificação Nacional de Atividade Econômica) encontra-se no documento/cartão do CNPJ da empresa

Obs.: No caso de segurado especial, o campo poderá ficar em branco.

Campo 6. Endereço - informar o endereço completo da empresa empregadora. Informar o endereço do acidentado, quando tratar-se de segurado especial. O número do telefone, quando houver, deverá ser precedido de código de área e do DDD do município.

Campo 7. Município - informar o município de localização da empresa empregadora. Informar o município de residência do acidentado, quando segurado especial.

Campo 8. UF - informar a Unidade da Federação de localização da empresa empregadora. Informar a Unidade da Federação de residência do acidentado, quando este for segurado especial.

Campo 9. Telefone - informar o telefone da empresa empregadora. Informar o telefone do acidentado, quando segurado especial. O número do telefone, quando houver, deverá ser precedido de código da área e do DDD do município.

I.2 - 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, utilizando a forma (DD/MM/AAAA).

Campo 13. Sexo - informar o sexo do acidentado usando 1 para sexo masculino e 3 para o sexo feminino.

Campo 14. Estado civil - Informar o código que especifica o estado civil do acidentado, sendo:

1. Solteiro;
2. Casado;
3. Viúvo;
4. Separado judicialmente;
5. Outros;
6. Ignorado (quando o estado civil for desconhecido).

Campo 15. CTPS - informar o número, a série e a data de emissão da Carteira Profissional - CP ou da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS.

Obs.: No caso de segurado empregado, é obrigatória a especificação do número da CP ou da CTPS.

Campo 16. UF - informar a Unidade da Federação de emissão da CP ou da CTPS.

Campo 17. Remuneração mensal - informar a remuneração mensal do acidentado em moeda corrente na data do acidente.

Campo 18. Carteira de identidade - informar o número do documento, a data de emissão e o órgão expedidor

Campo 19. UF - informar a Unidade da Federação de emissão da Carteira de Identidade.

Campo 20. PIS/PASEP - informar o número de inscrição no Programa de Integração Social - PIS ou no Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público - PASEP, conforme o caso.

Obs.: No caso de segurado especial e de médico residente, o campo poderá ficar em branco

Campo 21. Endereço do acidentado - informar o endereço completo do acidentado.

Campo 22. Município - informar o município de residência do acidentado.

Campo 23. UF - informar a Unidade da Federação de residência do acidentado.

Campo 24. Telefone - informar o telefone do acidentado. O número do telefone, quando houver, deverá ser precedido de código de área e do DDD do município.

Campo 25. Nome da ocupação - informar o nome da ocupação exercida pelo acidentado à época do acidente ou da doença.

Campo 26. CBO - informar o código da ocupação do Campo 25 do Código Brasileiro de Ocupação - CBO. Consulte o código CBO.

Campo 27. Filiação à Previdência Social - informar o tipo de filiação do segurado, sendo:

1. Empregado;
2. Trabalhador Avulso;
7. Segurado Especial;
8. médico residente (conforme a Lei nº 8.138/90).

Campo 28. Aposentado? - informar "sim" exclusivamente quando tratar-se de aposentado pelo Regime Geral de Previdência Social - RGPS.

Campo 29. Área - informar a natureza da prestação de serviço, se urbana ou rural.

I.3 - Informações relativas ao ACIDENTE OU DOENÇA

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

laborativa, devendo ser consignada aquela que ocorrer primeiro. A data deverá ser completa, utilizando quatro dígitos para o ano. Exemplo: 23/11/1998.

Campo 31. Hora do acidente - informar a hora da ocorrência do acidente, utilizando quatro dígitos (Exemplo: 10:45). No caso de doença, o campo deverá ficar em branco.

Campo 32. Após quantas horas de trabalho? - informar o número de horas decorridas desde o início da jornada de trabalho até o momento do acidente. No caso de doença, o campo deverá ficar em branco.

Campo 33. Tipo – informar tipo de acidente, **1 para típico, 2 para doença e 3 para trajeto.**

Campo 34. Houve afastamento? - informar se houve ou não afastamento do trabalho.

Obs.: É importante ressaltar que a CAT deverá ser emitida para todo acidente ou doença relacionados ao trabalho, ainda que não haja afastamento ou incapacidade.

Campo 35. Último dia trabalhado - informar a data do último dia em que efetivamente houve trabalho do acidentado, ainda que a jornada não tenha sido completa. Exemplo: 23/11/1998.

Obs.: Só preencher no caso de constar 1 (sim) no Campo 33.

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 serviço;
3. em via pública;
4. em área rural;
5. outros.

Obs.: No caso 2, informar o nome e o CGC ou CNPJ da empresa onde ocorreu o acidente ou doença.

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

Campo 38. CGC - este campo deverá ser preenchido quando o acidente, ou doença ocupacional, ocorrer em empresa onde a empregadora presta serviço, devendo ser informado o CGC ou CNPJ da empresa onde ocorreu o acidente ou doença (no caso de constar no Campo 35 a opção 2).

Campo 39. UF - informar a Unidade da Federação onde ocorreu o acidente ou a doença ocupacional.

Campo 40. Município do local do acidente - informar o nome do município onde ocorreu o acidente ou a doença ocupacional.

Campo 41. Parte(s) do corpo atingida(s)

- para acidente do trabalho: deverá ser informada a parte do corpo diretamente atingida pelo agente causador, seja externa ou internamente (vide Tabela 1);
- para doenças profissionais, do trabalho, ou equiparadas informar o órgão ou sistema lesionado (vide Tabela 1).

Obs.: Deverá ser especificado 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, podendo ser máquina, equipamento ou ferramenta, como uma prensa ou uma injetora de plásticos; ou produtos químicos, agentes físicos ou biológicos como benzeno, sílica, ruído ou salmonela. Pode ainda ser consignada uma situação específica como queda, choque elétrico, atropelamento (Tratando-se de acidente do trabalho - vide Tabela 2, de doenças profissionais ou do trabalho - vide Tabela 3).

Campo 43. Descrição da situação geradora do acidente ou doença - 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 o percurso foi ou não alterado ou interrompido por motivos alheios ao trabalho (vide Tabela 4). No caso de doença (vide Tabela 3), 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 (Exemplo: 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 44. Houve registro policial? - informar se houve ou não registro policial. No caso de constar **1 (SIM)**, deverá ser encaminhada cópia do documento ao INSS, oportunamente.

Campo 45. Houve morte? - o campo deverá constar **SIM** sempre que tenha havido morte em tempo anterior ao do preenchimento da CAT, independentemente de ter ocorrido na hora ou após o acidente.

Obs.: Quando houver morte decorrente do acidente ou doença, após a emissão da CAT inicial, a empresa deverá emitir CAT para a comunicação de óbito. Neste caso, deverá ser anexada cópia da certidão de óbito.

I.4 - Informações relativas às TESTEMUNHAS

Campo 46. Nome - informar o nome completo da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato, sem abreviaturas.

Campo 47. Endereço - informar o endereço completo da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato.

Campo 48. Município - informar o município de residência da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato.

Campo 49. UF - informar a Unidade da Federação de residência da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato.

Obs.: Telefone - informar o telefone da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato. O número do telefone, quando houver, deverá ser precedido do código DDD do município.

Campo 50. Nome - informar o nome completo da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato, sem abreviaturas.

Campo 51. Endereço - informar o endereço completo da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato.

Campo 52. Município - informar o município de residência da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato.

Campo 53. UF - informar a Unidade da Federação de residência da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato.

Obs.: Telefone - informar o telefone da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato. O número do telefone, quando houver, deverá ser precedido do código DDD do município.

Fechamento do Quadro I:

Local e data - informar o local e a data da emissão da CAT.

Assinatura e carimbo do emitente - no caso da emissão pelo próprio segurado ou por seus dependentes, fica dispensado o carimbo, devendo ser consignado o nome legível do emitente ao lado ou abaixo de sua assinatura.

Quadro II - ATESTADO MÉDICO

Deverá ser preenchido por profissional médico. No caso de acidente com morte, o preenchimento é dispensável, devendo ser apresentada a certidão de óbito e, quando houver, o laudo de necropsia.

Campo 54. Unidade de atendimento médico - informar o nome do local onde foi prestado o atendimento médico.

Campo 55. Data - informar a data do atendimento. A data deverá ser completa, utilizando-se quatro dígitos para o ano. Exemplo: 23/11/1998.

Campo 56. Hora - Informar a hora do atendimento utilizando quatro dígitos. Exemplo: 15:10.

Campo 57. Houve internação? - informar se ocorreu internação do acidentado, devendo preencher a quadrícula no campo com dígito 1 para "sim" ou dígito 2 para "não".

Campo 58. Duração provável do tratamento - informar o período provável do tratamento, mesmo que superior a quinze dias.

Campo 59. Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? - informar a necessidade do afastamento do acidentado de suas atividades laborais, durante o tratamento, devendo preencher a quadrícula no campo com dígito 1 para "sim" ou dígito 2 para "não".

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 (vide Tabela 5).

Exemplos: a) edema, equimose e limitação dos movimentos na articulação tíbio társica direita;
b) sinais flogísticos, edema no antebraço esquerdo e dor à movimentação da flexão do punho esquerdo.

Campo 61. Diagnóstico provável - informar, objetivamente, o diagnóstico.

Exemplos: a) entorse tornozelo direito;
b) tendinite dos flexores do carpo.

Campo 62. CID - 10 - Classificar conforme a Classificação Internacional de Doenças - CID - 10.

Exemplos: a) S93.4 - entorse e distensão do tornozelo;
b) M65.9 - sinovite ou tendinite não especificada.

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

Obs.: Havendo recomendação especial para a permanência no trabalho, justificar.

Fechamento do Quadro II

Local e data - informar o local e a data do atendimento médico.

Assinatura e carimbo do médico com CRM - deverá ser consignada a assinatura do médico atendente e aposto o seu carimbo com o número de registro junto ao Conselho Regional de Medicina - CRM.

Quadro III - INSS - Campos de uso exclusivo do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS.