

MINISTÉRIO DA ECONOMIA
SECRETARIA ESPECIAL DE PREVIDÊNCIA E TRABALHO

PORTARIA N.º 4.334, DE 15 DE ABRIL DE 2021

(DOU de 19/04/2021 - Seção 1)

Dispõe sobre o procedimento e as informações para a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), de que trata o art. 22 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. (Processo nº 10132.100084/2021-71).

O SECRETÁRIO ESPECIAL DE PREVIDÊNCIA E TRABALHO DO MINISTÉRIO DA ECONOMIA, no

uso das atribuições que lhe conferem o art. 71, incisos I e II, "a" e o art. 180 do Anexo I do Decreto nº 9.745, de 8 de abril de 2019, **resolve**:

Art 1º A Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), de que trata o art. 22 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, será cadastrada exclusivamente em meio eletrônico:

I - pelo eSocial, na forma estabelecida no Manual de Orientação do eSocial (MOS), disponível no sítio eletrônico do eSocial na internet, a partir da obrigatoriedade do evento S-2210 para o emissor da CAT, nos seguintes casos:

- a) o empregador, em relação aos seus empregados;
- b) o empregador doméstico, em relação aos seus empregados domésticos; e
- c) a empresa tomadora de serviço ou, na sua falta, o sindicato da categoria ou o órgão gestor de mão-de-obra, em relação ao trabalhador avulso; e

II - para os demais autorizados à formalização do documento, exclusivamente pela aplicação disponível no sítio eletrônico da Previdência Social, nos termos do disposto no § 2º do art. 22 da Lei nº 8.213, de 1991.

Parágrafo único. Para os responsáveis mencionados no inciso I do caput, enquanto não obrigados ao envio do evento S-2210 no eSocial, será aplicada a forma de envio prevista no inciso II.

Art. 2º A CAT, a partir da vigência desta Portaria, somente poderá ser encaminhada pelos meios previstos no art. 1º, não sendo possível o protocolo físico do documento nas Agências da Previdência Social.

§1º O cadastramento da CAT nos termos do art. 1º corresponde ao cumprimento do disposto no art. 22 da Lei nº 8.213, de 1991.

§2º Todos os campos da CAT deverão ser preenchidos com a transcrição fiel dos dados informados no atestado médico.

Art. 3º As informações a serem prestadas na CAT são as constantes do Anexo a esta Portaria.

Parágrafo único. As orientações para o preenchimento da CAT constarão no Manual de Orientação do eSocial (MOS) e no sítio eletrônico da Previdência Social.

Art. 4º O cumprimento do disposto no §1º do art. 22 da Lei nº 8.213, de 1991, ocorrerá:

I - para a CAT formalizada na forma do inciso I do art. 1º, por meio da entrega de formulário com o modelo definido no anexo a esta Portaria, com cópia fiel dos dados enviados ao ambiente nacional do eSocial; e

II - para a CAT formalizada na forma do inciso II e do parágrafo único do art. 1º, pela impressão do formulário disponibilizado pelo sistema após o preenchimento do documento.

Art. 5º Caberá ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS):

I - disciplinar procedimentos operacionais para o envio da CAT; e

II - adotar as providências necessárias para que o novo formato das informações esteja implantado até 8 de junho de 2021.

Art. 6º Fica revogada a Portaria nº 5.817, de 6 de outubro de 1999, do extinto Ministério da Previdência e Assistência Social.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor em 8 de junho de 2021.

BRUNO BIANCO LEAL

ANEXO

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO – CAT

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
1 - Emitente: <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Empregador doméstico <input type="checkbox"/> Tomador de serviço avulso ou órgão gestor de mão de obra <input type="checkbox"/> Sindicato <input type="checkbox"/> Trabalhador <input type="checkbox"/> Dependentes <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Autoridade Pública		
2 - Tipo de CAT: <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Reabertura <input type="checkbox"/> Comunicação de óbito		
3 - Iniciativa da CAT: <input type="checkbox"/> Iniciativa do empregador <input type="checkbox"/> Ordem judicial <input type="checkbox"/> Determinação de órgão fiscalizador		
4 - Fonte do Cadastramento: <input type="checkbox"/> eSocial <input type="checkbox"/> CatWeb		
5 - Número da CAT:		
6 - Número do recibo do evento no eSocial da CAT de origem (somente deve ser preenchido em caso de retificação ou exclusão):		
II - EMITENTE		
EMPREGADOR		
7 - Razão Social / Nome:		
8 - Tipo <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> CNO <input type="checkbox"/> CAEPF <input type="checkbox"/> CPF	9 - Número de Inscrição:	10 - CNAE
ACIDENTADO		
11 - Nome:		
12 - CPF:		

13 - Data de Nascimento:		14 - Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		15 - Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	
16 - CBO					
17 - Filiação à Previdência Social: <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregado doméstico <input type="checkbox"/> Trabalhador Avulso <input type="checkbox"/> Segurado Especial			18 - Áreas: <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural		
ACIDENTE OU DOENÇA					
19 - Data do Acidente	20 - Hora do Acidente	21 - Após quantas horas de trabalho?:	22 - Tipo: 1 - Típico 2 - Doença 3 - Trajeto	23 - Houve afastamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
24 - Último dia trabalhado	24 - Último dia trabalhado	26 - Especificação do local do acidente	27 - CNPJ/CAEPF/ CNO do local do acidente (somente se acidente ocorreu no Brasil):	28 - UF (somente se acidente ocorreu no Brasil);	
29 - Município do local do acidente (somente se acidente ocorreu no Brasil)	30 - País	31 - Parte do corpo atingida (conforme códigos e descrição identificados no eSocial)	32 - Agente causador (conforme códigos e descrição identificados no eSocial)	33 - Lateralidade <input type="checkbox"/> Não aplicável <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Ambas	
34 - Descrição da situação geradora do acidente ou doença (conforme códigos e descrição identificados no eSocial)			35 - Houve registro policial? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
36 - Houve morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			37 - Data do óbito:		
38 - Observações					
39 - Data do Recebimento:					
III - INFORMAÇÕES DO ATESTADO MÉDICO					
ATENDIMENTO					
40 - Data:			41 - Hora:		
42 - Houve internação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	43 - Provável duração do tratamento (dias):		44 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
LESÃO					
45 - Descrição e natureza da lesão					
DIAGNÓSTICO					
46 - Diagnóstico provável:			47 - CID-10:		
48 - Local e Data:			49 - Nome do médico, CRM e UF:		
50 - Observações:					
A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO.					
FORMULÁRIO ASSINADO ELETRONICAMENTE - DISPENSA ASSINATURA E CARIMBO					