



**PREVIDÊNCIA SOCIAL**  
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

**MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA  
PREENCHIMENTO DA COMUNICAÇÃO DE  
ACIDENTE DO TRABALHO – CAT**

**Maio/99**

## **MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO – CAT**

**I – Apresentação.**

**II – Recomendações gerais.**

**III – Informações gerais.**

**IV – Preenchimento do formulário CAT.**

**V – Conceito, definições, caracterização do acidente do trabalho, prestações e procedimentos.**

**VI – Legislação.**

**VII – Anexos:**           **anexo I - Formulário da CAT;**  
                                  **anexo II - Fluxo da CAT.**



## **I – Apresentação**

O objetivo deste manual, elaborado por equipe do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, Instituto Nacional do Seguro Social - INSS e Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, é assegurar o correto preenchimento da Comunicação de Acidente do Trabalho – CAT.

A comunicação, objeto deste manual, foi prevista inicialmente na Lei nº 5.316/67, com todas as alterações ocorridas posteriormente até a Lei nº 9.032/95, regulamentada pelo Decreto nº 2.172/97.

A Lei nº 8.213/91 determina no seu artigo 22 que todo acidente do trabalho ou doença profissional deverá ser comunicado pela empresa ao INSS, sob pena de multa em caso de omissão.

Cabe ressaltar a importância da comunicação, principalmente o completo e exato preenchimento do formulário, tendo em vista as informações nele contidas, não apenas do ponto de vista previdenciário, estatístico e epidemiológico, mas também trabalhista e social.

## **II – Recomendações gerais**

Em face dos aspectos legais envolvidos, recomenda-se que sejam tomadas algumas precauções para o preenchimento da CAT, dentre elas:

- 1 – não assinar a CAT em branco;
- 2 – ao assinar a CAT, verificar se todos os itens de identificação foram devida e corretamente preenchidos;
- 3 – o atestado médico da CAT é de competência única e exclusiva do médico;
- 4 – o preenchimento deverá ser feito a máquina ou em letra de forma, de preferência com caneta esferográfica;
- 5 – não conter emendas ou rasuras;
- 6 – evitar deixar campos em branco;
- 7 – apresentar a CAT, impressa em papel, em duas vias ao INSS, que reterá a primeira via, observada a destinação das demais vias, prevista no subitem 1.2;
- 8 – o formulário “Comunicação de Acidente do Trabalho – CAT” poderá ser substituído por impresso da própria empresa, desde que esta possua sistema de informação de pessoal mediante processamento eletrônico, cabendo observar que o formulário substituído deverá ser emitido por computador e conter todas as informações exigidas pelo INSS.

### III – Informações gerais

#### 1 – Comunicação do acidente

1.1 – A empresa deverá comunicar o acidente do trabalho, ocorrido com seu empregado, **havendo ou não afastamento do trabalho**, até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato à autoridade competente, sob pena de multa variável entre o limite mínimo e o teto máximo do salário-de-contribuição, sucessivamente aumentada nas reincidências, aplicada e cobrada na forma do artigo 109 do Decreto nº 2.173/97.

1.1.1 – Deverão ser comunicadas ao INSS, mediante formulário “Comunicação de Acidente do Trabalho – CAT”, as seguintes ocorrências:

Ocorrências:	Tipos de CAT:
a) acidente do trabalho, típico ou de trajeto, ou doença profissional ou do trabalho;	CAT inicial;
b) reinício de tratamento ou afastamento por agravamento de lesão de acidente do trabalho ou doença profissional ou do trabalho, já comunicado anteriormente ao INSS;	CAT reabertura;
c) falecimento decorrente de acidente ou doença profissional ou do trabalho, ocorrido após a emissão da CAT inicial.	CAT comunicação de óbito.

1.2 – A comunicação será feita ao INSS por intermédio do formulário CAT, preenchido em seis vias, com a seguinte destinação:

- 1ª via – ao INSS;
- 2ª via – à empresa;
- 3ª via – ao segurado ou dependente;
- 4ª via – ao sindicato de classe do trabalhador;
- 5ª via – ao Sistema Único de Saúde – SUS;
- 6ª via – à Delegacia Regional do Trabalho.

1.3 – A entrega das vias da CAT compete ao emitente da mesma, cabendo a este comunicar ao segurado ou seus dependentes em qual Posto do Seguro Social foi registrada a CAT.

1.4 – Tratando-se de trabalhador temporário, a comunicação referida neste item será feita pela empresa de trabalho temporário.

1.5 – No caso do trabalhador avulso, a responsabilidade pelo preenchimento e encaminhamento da CAT é do Órgão Gestor de Mão de Obra – OGMO e, na falta deste, do sindicato da categoria.

1.5.1 – Para este trabalhador, compete ao OGMO e, na sua falta, ao seu sindicato preencher e assinar a CAT, registrando nos campos “Razão Social/Nome” e “Tipo”(de matrícula) os dados referentes ao OGMO ou sindicato e, no campo “CNAE”, aquele que corresponder à categoria profissional do trabalhador.

1.6 – No caso de segurado especial, a CAT poderá ser formalizada pelo próprio acidentado ou dependente, pelo médico responsável pelo atendimento, pelo sindicato da categoria ou autoridade pública.

1.6.1 – São autoridades públicas reconhecidas para esta finalidade: os magistrados em geral, os membros do Ministério Público e dos Serviços Jurídicos da União e dos Estados, os comandantes de unidades militares do Exército, Marinha, Aeronáutica e Forças Auxiliares (Corpo de Bombeiros e Polícia Militar).

1.7 – Quando se tratar de marítimo, aeroviário, ferroviário, motorista ou outro trabalhador acidentado fora da sede da empresa, caberá ao representante desta comunicar o acidente.

1.8 – Tratando-se de acidente envolvendo trabalhadores a serviço de empresas prestadoras de serviços, a CAT deverá ser emitida pela empresa empregadora, informando, no campo próprio, o nome e o CGC ou CNPJ da empresa onde ocorreu o acidente.

1.9 – É obrigatória a emissão da CAT relativa ao acidente ou doença profissional ou do trabalho ocorrido com o aposentado por tempo de serviço ou idade, que permaneça ou retorne à atividade após a aposentadoria, embora não tenha direito a benefícios pelo INSS em razão do acidente, salvo a reabilitação profissional.

1.9.1 – Neste caso, a CAT também será obrigatoriamente cadastrada pelo INSS.

1.10 – Tratando-se de presidiário, só caberá a emissão de CAT quando ocorrer acidente ou doença profissional ou do trabalho no exercício de atividade remunerada na condição de empregado, trabalhador avulso, médico-residente ou segurado especial.

1.11 – Na falta de comunicação por parte da empresa, podem formalizá-la o próprio acidentado, seus dependentes, o sindicato da categoria, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública prevista no subitem 1.6.1.

1.11.1 – A comunicação a que se refere este item não exime a empresa da responsabilidade pela falta de emissão da CAT.

1.12 – Todos os casos com diagnóstico firmado de doença profissional ou do trabalho devem ser objeto de emissão de CAT pelo empregador, acompanhada de relatório médico preenchido pelo médico do trabalho da empresa, médico assistente (serviço de saúde público ou privado) ou médico responsável pelo PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – previsto na NR nº 7), com descrição da atividade e posto de trabalho para fundamentar o nexo causal e o técnico.

1.13 – No caso de doença profissional ou do trabalho, a CAT deverá ser emitida após a conclusão do diagnóstico.

1.14 – Quando a doença profissional ou do trabalho se manifestar após a desvinculação do acidentado da empresa onde foi adquirida, deverá ser emitida CAT por aquela empresa, e na falta desta poderá ser feita pelo serviço médico de atendimento, beneficiário ou sindicato da classe ou autoridade pública definida no subitem 1.6.1.

1.15 - A CAT poderá ser apresentada no Posto do Seguro Social – PSS mais conveniente ao segurado, o que jurisdiciona a sede da empresa, do local do acidente, do atendimento médico ou da residência do acidentado.

1.15.1 – Deve ser considerada como sede da empresa a dependência, tanto a matriz quanto a filial, que possua matrícula no Cadastro Geral de Contribuintes – CGC ou no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ, bem como a obra de construção civil registrada por pessoa física.

## **2 – Comunicação de reabertura**

2.1 – As reaberturas deverão ser comunicadas ao INSS pela empresa ou beneficiário, quando houver reinício de tratamento ou afastamento por agravamento de lesão de acidente do trabalho ou doença ocupacional comunicado anteriormente ao INSS.

2.2 – Na CAT de reabertura deverão constar as mesmas informações da época do acidente, **exceto** quanto ao afastamento, último dia trabalhado, atestado médico e data da emissão, que serão relativos à data da reabertura.

## **3 – Comunicação de óbito**

3.1 – O óbito decorrente de acidente ou doença ocupacional, ocorrido após a emissão da CAT inicial ou da CAT reabertura, será comunicado ao INSS através da CAT comunicação de óbito, constando a data do óbito e os dados relativos ao acidente inicial. Anexar a certidão de óbito e quando houver o laudo de necropsia.

## IV – Preenchimento do formulário CAT

### Quadro I – EMITENTE

#### I.1 – Informações relativas ao EMPREGADOR

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

- (1) empregador;
- (2) sindicato;
- (3) médico assistente;
- (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.**

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

Considera-se empresa na forma prevista no artigo 14 do Decreto 2.173/97:

a) a firma individual ou a sociedade que assume o risco de atividade econômica urbana ou rural, com fins lucrativos ou não, bem como os órgãos e as entidades da administração direta, indireta e fundacional;

b) o trabalhador autônomo e equiparado, em relação ao segurado que lhe presta serviço;

c) a cooperativa, associação ou entidade de qualquer natureza ou finalidade, inclusive a missão diplomática e a repartição consular de carreira estrangeiras;

d) o operador portuário e o órgão gestor de mão de obra - de que trata a Lei 8.630 de 25 de fevereiro de 1993.

**Obs.: Informar o nome do acidentado, quando 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 da matrícula no Cadastro Geral de Contribuintes – CGC ou da matrícula no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ, da empresa empregadora;
- (2) CEI – informar o número de inscrição no Cadastro Específico do INSS quando o empregador for pessoa jurídica desobrigada de inscrição no CGC/CNPJ;
- (3) CPF – informar o número de inscrição no Cadastro de Pessoa Física quando o 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 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 de CGC ou CNPJ da empresa ou no Anexo do Decreto nº 2.173/97.

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

**Campo 6 a 9. Endereço** – informar o endereço completo da empresa empregadora (art. 14 do Decreto nº 2.173/97).

**Obs.: Informar o endereço do acidentado, quando segurado especial. O número do telefone, quando houver, deverá ser precedido do código 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 quatro dígitos para o ano. Exemplo: 16/11/1960.

**Campo 13. Sexo** - informar (1) masculino e (3) feminino.

**Campo 14. Estado civil** - informar (1) solteiro, (2) casado, (3) viúvo, (4) separado judicialmente, (5) outros, e quando o estado civil for desconhecido informar (6) ignorado.

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

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

**Campo 16. UF** – informar a Unidade da Federação de emissão da CTPS.

**Campo 17. Carteira de identidade** – informar o número do documento, a data de emissão e o órgão expedidor.

**Campo 18. UF** – informar a Unidade da Federação de emissão da Carteira de Identidade.

**Campo 19. 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 20. Remuneração mensal** – informar a remuneração mensal do acidentado em moeda corrente na data do acidente.

**Campo 21 a 24. Endereço do acidentado** – informar o endereço completo do acidentado. O número do telefone, quando houver, deverá ser precedido do código 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 constante no Campo 25 segundo o Código Brasileiro de Ocupação.

**Campo 27. Filiação à Previdência Social** – informar no campo apropriado 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. 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. 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 34. Último dia trabalhado** – informar a data do último dia em que efetivamente houve trabalho do acidentado, ainda que a jornada não tenha sido completa. Ex.: 23/11/1998.

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

**Campo 35. 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.

**Campo 36. CGC/CNPJ** – informar o nome e o CGC ou CNPJ da empresa onde ocorreu o acidente/doença, no caso de constar no campo 35 a opção 2.

**Campo 37. Município do local do acidente** - informar o nome do município onde ocorreu o acidente.

**Campo 38. UF** - informar a unidade da federação onde ocorreu o acidente.

**Campo 39. 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 40. Parte(s) do corpo atingida(s)**

– para acidente de trabalho deverá ser informada a parte do corpo diretamente atingida pelo agente causador, seja externa ou internamente;

– para doenças profissionais, do trabalho, ou equiparadas informar o órgão ou sistema lesionado.

**Obs.: Deverá ser especificado o lado atingido (direito ou esquerdo), quando se tratar de parte do corpo que seja bilateral.**

**Campo 41. 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.

**Campo 42. 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.

- no 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 (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 43. 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 44. 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. Deverá ser anexada cópia da certidão de óbito.**

**I.4 – Informações relativas às TESTEMUNHAS**

**Campo 45 a 52. Testemunhas** – informar o nome e endereço completo das testemunhas que tenham presenciado o acidente ou daquelas que primeiro tenham tomado ciência do fato.

**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 53. Unidade de atendimento médico** – informar o nome do local onde foi prestado o atendimento médico.

**Campo 54. Data** – informar a data do atendimento. A data deverá ser completa, utilizando-se quatro dígitos para o ano. Exemplo: 23/11/1998.

**Campo 55. Hora** – Informar a hora do atendimento utilizando quatro dígitos. Exemplo: 15:10.

**Campo 56. Houve internação?** - informar (1) sim ou (2) não.

**Campo 57. Duração provável do tratamento** – informar o período provável do tratamento, mesmo que superior a quinze dias.

**Campo 58. Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento?** - informar (1) sim ou (2) não.

**Campo 59. 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.

Exemplo: 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 60. Diagnóstico provável** – informar, objetivamente, o diagnóstico.

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

**Campo 61. CID – 10** – Classificar conforme o CID – 10.

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

**Campo 62. 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, se há recomendação especial para permanência no trabalho, etc.

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

**Local e data** – informar o local e a data do atendimento médico.



**Assinatura e carimbo do médico com CRM** – apor assinatura, carimbo e CRM do médico responsável.

***Quadro III – INSS***

*Campos de uso exclusivo do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS.*

## **V – Conceito, definições e caracterização do acidente do trabalho, prestações e procedimentos**

### **1 – Conceito do acidente do trabalho e doença ocupacional.**

1.1 – Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, com o segurado empregado, trabalhador avulso, médico residente, bem como com o segurado especial no exercício de suas atividades, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução, temporária ou permanente, da capacidade para o trabalho.

1.1.1 – É considerado como acidente do trabalho, nos termos deste item:

a) a doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade, constante da relação de que trata o Anexo II do Decreto nº 2.172/97;

b) a doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, desde que constante da relação de que trata o Anexo II do Decreto nº 2.172/97.

1.1.2 – Em caso excepcional, constatando-se que a doença não incluída na relação constante do Anexo II resultou de condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente, a Previdência Social (INSS) deve equipará-la a acidente do trabalho.

1.2 – Não são consideradas como doença do trabalho:

a) a doença degenerativa;

b) a inerente a grupo etário;

c) a que não produz incapacidade laborativa;

d) a doença endêmica adquirida por segurados habitantes de região onde ela se desenvolva, salvo se comprovado que resultou de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho.

### 1.3 – Equiparam-se também a acidente do trabalho:

I – o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para perda ou redução da sua capacidade para o trabalho, ou que tenha produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação;

II – o acidente sofrido pelo segurado no local e horário do trabalho, em consequência de:

- a) ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho;
- b) ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada com o trabalho;
- c) ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro, ou de companheiro de trabalho;
- d) ato de pessoa privada do uso da razão;
- e) desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos decorrentes de força maior;

III – a doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade;

IV – o acidente sofrido, ainda que fora do local e horário de trabalho:

- a) na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa;
- b) na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;
- c) em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo, quando financiada por esta, dentro de seus planos para melhor capacitação da mão-de-obra;
- d) independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado;
- e) no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado, desde que não haja interrupção ou alteração de percurso por motivo alheio ao trabalho;
- f) no percurso da residência para o OGMO ou sindicato de classe e destes para aquela, tratando-se de trabalhador avulso.

**Nota:** Não será considerado acidente do trabalho o ato de agressão relacionado a motivos pessoais.

1.3.1 – No período destinado à refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local do trabalho ou durante este, o empregado será considerado a serviço da empresa.

1.3.2 – Entende-se como percurso o trajeto da residência ou do local de refeição para o trabalho ou deste para aqueles, independentemente do meio de locomoção, sem alteração ou interrupção por motivo pessoal do percurso do segurado. Não havendo limite de prazo estipulado para que o segurado atinja o local de residência, refeição ou do trabalho, deve ser observado o tempo necessário compatível com a distância percorrida e o meio de locomoção utilizado.

1.4 – Será considerado agravamento de acidente do trabalho aquele sofrido pelo acidentado quando estiver sob a responsabilidade do Setor de Reabilitação Profissional.

1.5 – Não será considerado agravamento ou complicação de acidente do trabalho a lesão que, resultante de outra origem, se associe ou se superponha às conseqüências do acidente anterior.

1.6 – Quando expressamente constar do contrato de trabalho que o empregado deverá participar de atividades esportivas no decurso da jornada de trabalho, o infortúnio ocorrido durante estas atividades será considerado como acidente do trabalho.

1.7 – Será considerado como dia do acidente, no caso de doença profissional ou do trabalho, a data do início da incapacidade laborativa para o exercício da atividade habitual ou o dia em que for realizado o diagnóstico, cabendo para esse efeito o que ocorrer primeiro.

## **2 – Campo de Aplicação**

2.1 – As prestações relativas ao acidente do trabalho são devidas:

- a) ao empregado;
- b) ao trabalhador avulso;
- c) ao médico-residente (Lei nº 8.138, de 28/12/90);
- d) ao segurado especial.

2.2 – Não são devidas as prestações relativas ao acidente do trabalho:

- a) ao empregado doméstico;
- b) ao empresário: titular de firma individual urbana ou rural, diretor não empregado, membro de conselho de administração de sociedade anônima, sócios que não tenham, na empresa, a condição de empregado;

c) ao autônomo e outros equiparados;

d) ao facultativo.

2.3 – A partir de 11/11/97, o aposentado por tempo de serviço, especial ou idade pelo Regime Geral de Previdência Social – RGPS que permanecer ou retornar à atividade sujeita a este regime, não fará jus a prestação alguma da Previdência Social em decorrência do exercício dessa atividade, exceto ao salário-família e à reabilitação profissional.

### 3. Prestações por acidente do trabalho ou doença ocupacional

3.1 – Serviço: reabilitação profissional.

3.2 – Benefícios pecuniários:

BENEFÍCIOS	BENEFICIÁRIOS	CONDIÇÕES P/ CONCESSÃO	DATA DE INÍCIO	DATA DA CESSAÇÃO	VALOR
<b>Auxílio-doença (esp.91)</b>	Acidentado do trabalho	- afastamento do trabalho por incapacidade laborativa temporária por acidente do trabalho.	- 16º dia de afastamento consecutivo para empregado; - data do afastamento demais segurados.	- morte; - concessão de auxílio-acidente ou aposentadoria; - cessação da incapacidade; - alta médica; - volta ao trabalho.	91% do salário de benefício
<b>Aposentadoria por invalidez (esp.92)</b>	Acidentado do trabalho	- afastamento do trabalho por invalidez acidentaria.	- no dia em que o auxílio-doença teria início; ou - no dia seguinte à cessação do auxílio-doença.	- morte; - cessação da invalidez; - volta ao trabalho.	100% do salário de benefício
<b>Auxílio Acidente (esp.94)</b>	Acidentado do trabalho	- redução da capacidade laborativa por lesão acidentaria.	- dia seguinte a cessação do auxílio-doença.	- concessão de aposentadoria; - óbito.	50% do salário de benefício
<b>Pensão (esp.93)</b>	Dependentes do Acidentado do trabalho	- morte por acidente do trabalho.	- data do óbito; ou - data da entrada do requerimento quando requerida após 30 dias do óbito.	- morte do dependente; - cessação da qualidade de dependente.	100% do salário de benefício

**Obs.: a) o valor da renda mensal da aposentadoria por invalidez será acrescida de 25% (vinte e cinco por cento) desse valor, quando comprovado através de avaliação médico pericial que o acidentado necessita de acompanhante;**

**b) salário de benefício- o salário de benefício consiste na média aritmética simples de todos os últimos salários de contribuição relativos aos meses imediatamente anteriores ao do afastamento da atividade ou da data de entrada do requerimento, até o máximo de 36 (trinta e seis), apurados em período não superior a 48 (quarenta e oito) meses.**

3.3 - Havendo agravamento da lesão acidentária será devida a reabertura do auxílio-doença acidentário, após a comprovação da incapacidade laborativa pela perícia médica do INSS.

3.3.1 - Para reabertura ocorrida após a cessação do auxílio-doença acidentário tendo o acidentado retornado ou não ao trabalho:

- a) o reinício será na data do novo afastamento;
- b) o valor será a renda mensal do auxílio-doença cessado, reajustada pelos mesmos índices de correção dos benefícios previdenciários em geral até o início da reabertura.

**3.4- A prestação de assistência médica não é atribuição do INSS.**

#### **4 – Caracterização**

4.1 – Os acidentes são classificados em três tipos:

Cód.1 – acidente típico (o que ocorre a serviço da empresa);

Cód.2 – doença profissional ou do trabalho;

Cód.3 – acidente do trajeto(o que ocorre no percurso residência ou refeição para o local de trabalho e vice-versa).

4.1.1 – Esta informação constará no campo de responsabilidade do INSS, constante na CAT, após análise administrativa dos dados sobre o acidentado e das circunstâncias da ocorrência e o devido enquadramento nas situações previstas na legislação pertinente (Lei nº 8.213/91), quando o INSS responderá o quesito “É reconhecido o direito do segurado à habilitação ao benefício acidentário?”.

4.1.2 – O INSS informará na CAT, a data do recebimento, o código da unidade, o nº do registro aporá a matrícula e assinatura do servidor responsável pela recepção da comunicação

4.2- Para que o acidente ou doença seja considerado como acidente do trabalho é imprescindível que estejam em acordo com os conceitos previstos no Decreto nº 2.172/97, sendo que a caracterização técnica deverá ser efetuada pelo Setor de Perícia Médica do INSS, que fará o reconhecimento técnico do nexos causal entre:

- a) o acidente e a lesão;
- b) a doença e o trabalho;
- c) a “causa mortis” e o acidente.

4.2.1 - Após a habilitação o direito ao benefício dar-se-á posteriormente ao reconhecimento técnico do nexos causal entre o acidente e a lesão, a doença e o trabalho e definição do grau de incapacidade pela perícia médica do INSS na forma prevista no subitem 4.2, que ocorrerá a partir do primeiro dia de afastamento para o trabalhador avulso, segurado especial e médico residente e no caso de empregado a partir do 16º (décimo sexto) dia de afastamento do trabalho por acidente ou doença.

Nos casos de morte a avaliação quanto ao nexos "causa mortis" e o acidente ou doença do trabalho ocorrerá após a comunicação do óbito ao INSS.

**4.2.2 - Não é responsabilidade do INSS a caracterização do nexos técnico para fins de exame pré-admissional ou demissional da empresa.**

## **5. Habilitação dos benefícios acidentários**

5.1 - Comunicado o acidente ou doença do trabalho o segurado ou dependente deverá comparecer ao INSS, para habilitação ao benefício, munido da seguinte documentação:

- Carteira do Trabalho e Previdência Social (CTPS);
- Contrato de trabalho quando não constar na CTPS;
- Declaração do OGMO ou Sindicato para o trabalhador avulso;
- Comprovante de inscrição no INSS, carnês de recolhimento de contribuições e o contrato de residência médica, quando tratar-se de médico residente;
- PIS/PASEP, CPF, Cédula de identidade;
- Relação dos 36 últimos salários de contribuição apurados até 48 meses anteriores ao mês do afastamento;
- Endereço completo com CEP atualizado;
- Certidão de Nascimento dos dependentes e quando for o caso, Termo de Tutela/ Curatela;
- Ocorrência policial (quando houver);
- Documentos que comprovem o exercício da atividade rural na condição de segurado especial;
- Certidão de óbito e laudo de exame cadavérico (se houver) no caso de morte;
- Documentos dos dependentes para o caso de requerimento de pensão;
- Outros que se fizerem necessários a cada caso.

5.2 O INSS poderá solicitar a apresentação de outros documentos e esclarecimentos, bem como emitir pesquisas e diligências, visando a elucidação e comprovação dos fatos, para fins de caracterização ou não do acidente ou doença como do trabalho, para concessão ou indeferimento do benefício acidentário.

## **VI – Legislação**

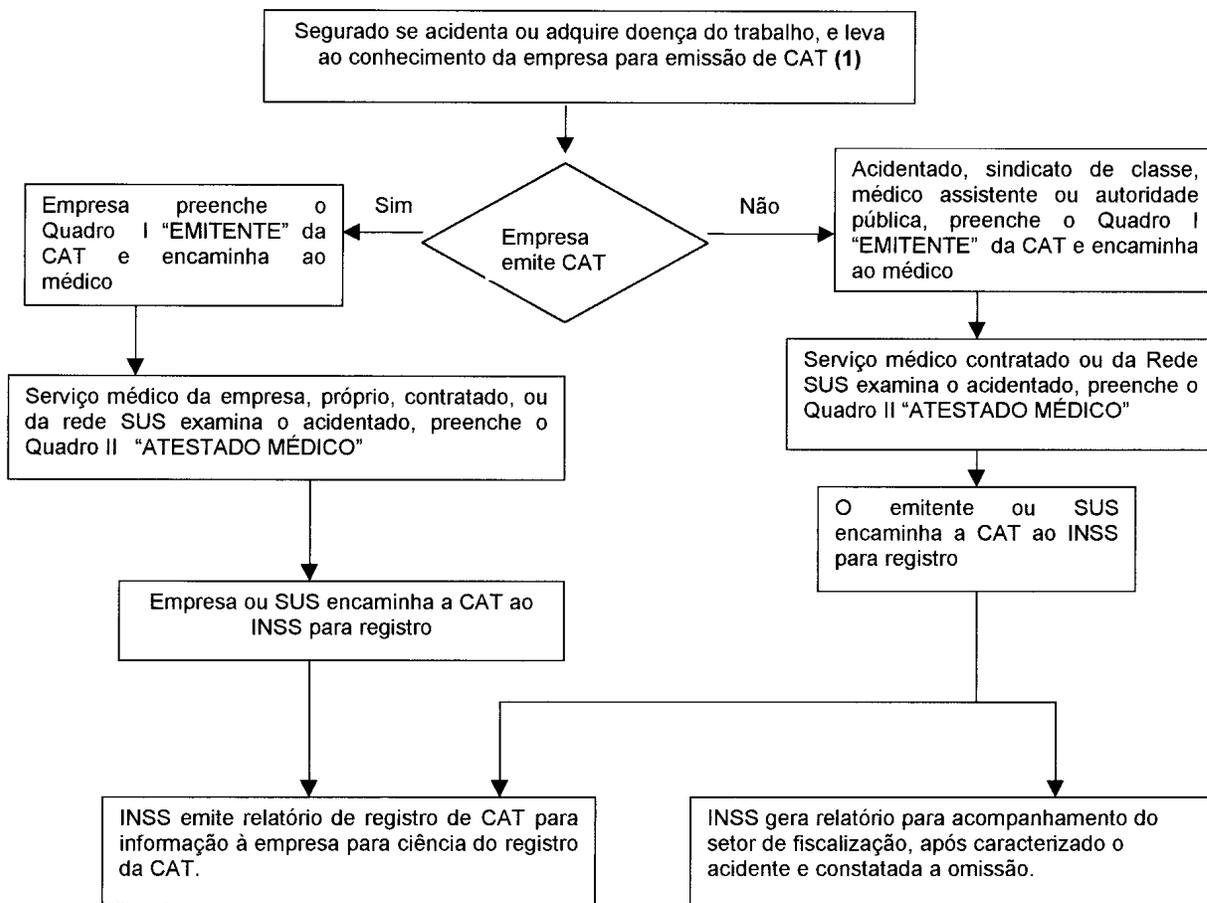
- Lei nº 8.213/91 com alterações da Lei nº 9.032/95 e da Lei nº 9.528/97.
- Decreto nº 2.172/97.
- Decreto nº 2.173/97.

## VII - Anexo I – Formulário CAT

PREVIDÊNCIA SOCIAL INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL		1 - Emitente <input type="checkbox"/>		
<b>COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO – CAT</b> (Ler atentamente as orientações, no verso, antes do preenchimento)		1 - Empregador 2 - Sindicato 3 - Médico 4 - Segurado ou dependente 5 - Autoridade pública		
		2 - Tipo de CAT <input type="checkbox"/>		
		1 - Início 2 - Reabertura 3 - Comunicação de Óbito em: ____/____/____		
I – EMITENTE	3 - Razão Social / Nome	4 - Tipo <input type="checkbox"/> 1 - CGC/CNPJ 2 - CEI 3 - CPF 4 - NIT 5 - CNAE		
	6 - Endereço Rua/Av./Nº/Comp. Bairro CEP	7 - Município 8 - UF 9 - Telefone ( )		
	10 - Nome	11 - Nome da mãe		
	12 - Data de nasc. 13 - Sexo <input type="checkbox"/> 14 - Estado civil <input type="checkbox"/>	15 - CTPS Série Data de emissão 16 - UF		
	17 - Carteira de identidade Data de emissão Órgão Exp.	18 - UF 19 - PIS/PASEP 20 - Remuneração mensal		
	21 - Endereço Rua/Av./Nº/Comp. Bairro CEP	22 - Município 23 - UF 24 - Telefone ( )		
	25 - Nome da ocupação 26 - CBO 27 - Filiação à Previdência Social <input type="checkbox"/>	28 - Aposentado? <input type="checkbox"/> 29 - Área <input type="checkbox"/>		
	1 - Empregado 2 - Trab. avulso 7 - Seg. especial 8 - Médico resid. 1 - Sim 2 - Não 1 - Urbana 2 - Rural			
	30 - Data do acidente 31 - Hora do acidente 32 - Após quantas horas de trabalho?	33 - Houve afastamento? <input type="checkbox"/> 34 - Último dia trabalhado 1 - Sim 2 - Não		
	35 - Local do acidente 36 - CGC/CNPJ	37 - Município do local do acidente 38 - UF 39 - Especif. do local do acidente		
	40 - Parte(s) do corpo atingida(s)	41 - Agente causador		
	42 - Descrição da situação geradora do acidente ou doença		43 - Houve registro policial? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não	
		44 - Houve morte? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não		
Testemunhas	45 - Nome			
	46 - Endereço Rua/Av./Nº/Comp. Bairro CEP	47 - Município 48 - UF Telefone ( )		
	49 - Nome			
	50 - Endereço Rua/Av./Nº/Comp. Bairro CEP	51 - Município 52 - UF Telefone ( )		
Local e data		Assinatura e carimbo do emitente		
II – ATESTADO MÉDICO	53 - Unidade de atendimento médico		54 - Data	
	55 - Hora			
	56 - Houve internação? <input type="checkbox"/> 57 - Duração provável do tratamento ____ dias		58 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não	
	59 - Descrição e natureza da lesão			
60 - Diagnóstico provável		61 - CID - 10		
62 - Observações				
Local e data		Assinatura e carimbo do médico com CRM		
III – INSS	63 - Recebida Em ____/____/____	64 - Código da Unidade	65 - Número da CAT	
	66 - É reconhecido o direito do segurado à habilitação <input type="checkbox"/> de benefício acidentário? 1 - Sim 2 - Não		67 - Tipo <input type="checkbox"/> 1 - Tipo 2 - Doença 3 - Trajeto	
	68 - Matrícula do servidor			
Matrícula		Assinatura do servidor		
<b>A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO.</b>				

## Anexo II – FLUXOGRAMA

### Roteiro de Emissão e Registro de Comunicação de Acidente de Trabalho -CAT



**Nota (1)** – Emissão da CAT em 06 vias: 1ª via para o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, 2ª via para o emitente, 3ª via para o segurado ou dependente, 4ª via para o sindicato de classe do trabalhador, 5ª via para o Sistema Único de Saúde - SUS e 6ª via para a Delegacia Regional do Trabalho.