

# ACIDENTES DE TRABALHO

## PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTE

ATENÇÃO:  
NÃO PREENCHER NAS ZONAS SOMBREADAS

### IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE SEGURADORA OU EQUIPARADA

NOME		
ENDERECO		
APOLICE	RAMO	
N.º IDENTIFICAÇÃO ENT. SEGURADORA		
N.º IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE		
ano de ocorrência / N.º de ordem		

### IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADO OU ENTIDADE EMPREGADORA

3. NOME		6.	
4. N.º DE PESSOA COLECTIVA		5. N.º PESSOAS AO SERVIÇO DA ENTIDADE EMPREGADORA	
6. ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO	TELEF.		
CÓDIGO POSTAL	CONCELHO		
7. ACTIVIDADE PRINCIPAL DO ESTABELECIMENTO			

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO

8. NOME			9. NACIONALIDADE	
10. RESIDÊNCIA			CÓDIGO POSTAL	
11. NATURALIDADE	FREGUESIA	CONCELHO	12. SEXO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
13. DATA DE NASCIMENTO			14. DATA DE ADMISSÃO AO SERVIÇO	
15. BILHETE DE IDENTIDADE	16. ESTADO CIVIL	17. TEM DEPENDENTES A CARGO	18. SE É ADMINISTRADOR, GERENTE OU FAMILIAR DO SEGURADO, INDIQUE QUAL:	
		SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		
19. SITUAÇÃO PROFISSIONAL:	20. HORÁRIO PRATICADO PELO SINISTRADO NO MOMENTO DO ACIDENTE:			
1. TRABALHADOR POR CONTA DE OUTREM <input type="checkbox"/>	4. ESTAGIÁRIO <input type="checkbox"/>	1. EM PERÍODO NORMAL <input type="checkbox"/>		
2. TRABALHADOR POR CONTA PRÓPRIA OU EMPREGADOR <input type="checkbox"/>	5. PRATICANTE - APRENDIZ <input type="checkbox"/>	2. EM TURNO FIXO <input type="checkbox"/>		
3. FAMILIAR NÃO REMUNERADO <input type="checkbox"/>	6. OUTRA SITUAÇÃO <input type="checkbox"/>	3. EM TURNO ROTATIVO <input type="checkbox"/>		
ESPECIFIQUE	4. OUTRO HORÁRIO <input type="checkbox"/>			
21. PROFISSÃO				
22. SALÁRIOS. ASSINALE A PERIODICIDADE DE PAGAMENTO E INDIQUE O MONTANTE EM CADA SITUAÇÃO: SALÁRIO BASE	MENSAL <input type="checkbox"/> DIÁRIO <input type="checkbox"/> HORÁRIO <input type="checkbox"/>			
SUB. ALIMENTAÇÃO: MÊS	OUTRAS REMUNERAÇÕES: MÊS	N.º MESES ANO	SUBSÍDIO DE FÉRIAS	SUBSÍDIO DE NATAL
23. NO CASO DE SE VERIFICAR ALGUMA DAS SEGUINTE SITUAÇÕES, INDIQUE O MONTANTE DE SALÁRIOS:				
SE O SALÁRIO NÃO FOR REGULAR, INDIQUE A MÉDIA DOS ÚLTIMOS 12 MESES				
SE O SINISTRADO FOR APRENDIZ OU TIROCINANTE, INDIQUE O SALÁRIO MÉDIO DOS OFICIAIS DA MESMA CATEGORIA				
SE O SINISTRADO FOR MENOR DE 18 ANOS E NÃO FOR APRENDIZ OU TIROCINANTE, INDIQUE O SALÁRIO MÉDIO DE TRABALHADOR MAIOR NÃO QUALIFICADO				
24. DESDE QUANDO AUFERE O SALÁRIO CITADO			ANO	
			MÊS	
			DIA	

### IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE

25. DATA E HORA DO ACIDENTE	ANO	MÊS	DIA	HORA (0 AS 24)
26. DATA E HORA EM QUE DEIXOU DE TRABALHAR EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE	ANO	MÊS	DIA	HORA (0 AS 24)
27. SE O ACIDENTE NÃO OCORREU NO ESTABELECIMENTO INDIQUE:	1. EM SERVIÇO NO EXTERIOR <input type="checkbox"/> 2. NO TRAJECTO RESIDÊNCIA TRABALHO OU VICE VERSA <input type="checkbox"/>			
LOCAL:	CONCELHO	FREGUESIA		
28. QUEM PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS:	LOCALIDADE	29. FICOU HOSPITALIZADO	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
30. SE SIM, ESTAB. HOSPITALAR	31. N.º TOTAL DE VÍTIMAS DO ACIDENTE	32. O ACIDENTE FOI DE VIAÇÃO		SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
33. O SINISTRADO DESLOCAVA-SE EM VEÍCULO MOTORIZADO DE 2 RODAS? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	34. SE RESPONDEU SIM À QUESTÃO 32 E SE O ACIDENTE FOI DA RESPONSABILIDADE DE TERCEIROS, INDIQUE:			
NOME E MORADA DO RESPONSÁVEL				
MATRÍCULA DO VEÍCULO	NÚMERO DE APÓLICE	SEGURADORA		
34.1. SE HOUVE INTERVENÇÃO DA AUTORIDADE, ESPECIFIQUE				

### TIPO E AMBIENTE DE TRABALHO

35. QUE TIPO DE TRABALHO ESTAVA O SINISTRADO A FAZER NO MOMENTO DO ACIDENTE (EX. TRABALHO EM FERRO FUNDIDO, NAS COLHEITAS, MATADOUROS):	35.	
36. ONDE ESTAVA O SINISTRADO NO MOMENTO DO ACIDENTE (EX. NO INTERIOR DE UM EDIFÍCIO, NO SUBSOLO):	36.	
	TIPO DE TRABALHO	
	AMBIENTE DE TRABALHO	

### CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE

37. DESCREVA PORMENORIZADAMENTE O ACIDENTE MENCIONANDO DESIGNADAMENTE OS ACONTECIMENTOS QUE LHE DERAM ORIGEM E TAMBÉM OS ACONTECIMENTOS QUE CONDUZIRAM À LESÃO MENCIONANDO AS SUBSTÂNCIAS, OS EQUIPAMENTOS, FERRAMENTAS QUE USAVA (TIPO DE FERRAMENTA, MÁQUINA, ETC.):	37.1	
38. INDIQUE O OBJECTO PRÓXIMO QUE PROVOCOU O ACIDENTE E CONDUZIU À LESÃO	37.2	
39. DESCREVA A TAREFA QUE O SINISTRADO EXECUTAVA NO MOMENTO DO ACIDENTE (VER INSTRUÇÕES):	37.3	
40. ASSINALE A SITUAÇÃO CORRESPONDENTE À TAREFA DESCRITA	37.4	
41. INDIQUE O NÚMERO DE HORAS EXECUTADAS ATÉ AO MOMENTO DO ACIDENTE	38.1	
1. HABITUALMENTE EXERCIDA <input type="checkbox"/> 2. OCASIONALMENTE EXERCIDA <input type="checkbox"/> 3. OUTRA SITUAÇÃO <input type="checkbox"/>	38.2	
1. DE FORMA ININTERMITA (SEM INTERVALO)	ACTIVIDADE DA VÍTIMA	
2. TOTAL JA EXECUTADAS	ITEM ASSOCIADO À ACTIVIDADE	
	AÇÃO DE DESVIO	
	ITEM ASSOCIADO À ACÇÃO DE DESVIO	
	AÇÃO QUE CONDUZIU À LESÃO	
	AGENTE DA LESÃO	

### DETALHES DA LESÃO

42. INDIQUE CONFORME INSTRUÇÕES: NATUREZA DA LESÃO	43. PARTE DO CORPO ATINGIDA
--	-----------------------------

### CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE À DATA DA DECLARAÇÃO

44. SEM AUSÊNCIA OU AUSÊNCIA MENOR QUE 1 DIA <input type="checkbox"/>	AUSÊNCIA DE 1 A 3 DIAS <input type="checkbox"/>	AUSÊNCIA DE 4 A 14 DIAS <input type="checkbox"/>	AUSÊNCIA ESPERADA MAIS DO QUE 14 DIAS <input type="checkbox"/>	INCAPACIDADE PERMANENTE <input type="checkbox"/>	MORTE <input type="checkbox"/>
---	---	--	--	--	--------------------------------

NOME E ASSINATURA DO SEGURADO OU LEGAL REPRESENTANTE

NOME DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA INFORMAÇÃO POR PARTE DO SEGURADO OU DA ENTIDADE EMPREGADORA

DATA DE PREENCHIMENTO

\* SE O SINISTRO OCORREU NO ESTRANGEIRO, INDIQUE DATA INÍCIO DA DESLOCAÇÃO: