

**IMPORTANTE:** São obrigatórias as respostas a todos os quesitos • Não preencher as zonas sombreadas • A participação deve ser enviada 24 horas após o acidente

**IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DE SEGURO OU ENTIDADE EMPREGADORA**

3. Nome		4. P. colectiva n.º	
5. N.º pessoas ao serviço da ent. empregadora		6. Morada do estabelecimento	
Cód. postal		Distrito	
Telefone		Concelho	
7. Actividade principal do estabelecimento		6.	
		7.	

**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO**

8. Nome		9. Nacionalidade		9.	
10. Residência		Cod. postal			
11. Naturalidade		Freguesia		Concelho	
12. Sexo		M <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/>	
13. Data nasc.		14. B. I.		15. Data admissão ao serviço	
16. Estado civil					
13. Tem dependentes a cargo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 18. Se é administrador, gerente ou familiar do tomador de seguro indique qual:					
19. SITUAÇÃO PROFISSIONAL		1. Trabalhador por conta de outrém <input type="checkbox"/>		3. Familiar não remunerado <input type="checkbox"/>	
		2. Trabalhador por conta própria ou empregador <input type="checkbox"/>		4. Estagiário <input type="checkbox"/>	
		5. Praticante/aprendiz <input type="checkbox"/>		6. Outra situação <input type="checkbox"/>	
Especifique:					
20. Horário praticado pelo sinistrado no momento do acidente: 1. Em período normal <input type="checkbox"/> 2. Em turno fixo <input type="checkbox"/> 3. Em turno rotativo <input type="checkbox"/> 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"/>					
Subsídio alimentação/mês €		N.º meses/ano		Outras remunerações/mês €	
Subsídio de férias €		Subsídio de natal €		Salário líquido €	
23. NO CASO DE SE VERIFICAR ALGUMA DAS SEGUINTES 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 aufero o citado salário ano     mês     dia					

**DADOS DO ACIDENTE**

25. Data e hora do acidente		ano     mês     dia		hora 00 a 24	
26. Data e hora em que deixou de trabalhar em consequência do acidente		ano     mês     dia		hora 00 a 24	
27. Se o acidente não ocorreu no estabelecimento onde habitualmente trabalha, indique: 1. Em serviço no exterior <input type="checkbox"/> 2. No trajecto residência trabalho ou vice-versa <input type="checkbox"/>					
3. Local (Nome da propriedade – caso de seguro agrícola)		Freguesia		Concelho	
28. Quem prestou os primeiros socorros:		Localidade		29. Ficou hospitalizado Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
30. Em caso afirmativo indique estabelecimento 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 - -		N.º de apólice	
				Seguradora	
34.1. Se houve intervenção de 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. Tipo de trabalho	
36. Onde estava o sinistrado no momento do acidente (ex.: no interior de um edifício, no subsolo)		36. 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. Actividade da vítima	
		37. 2. Item assoc. actividade	
		37. 3. Acção de desvio	
		37. 4. Item assoc. acção desvio	
		38. 1. Acção que conduziu à lesão	
		38. 2. Agente da lesão	
38. Indique o objecto próximo que provocou o acidente e conduziu à lesão			
39. Descreva a tarefa que o sinistrado executava no momento do acidente (ver instruções no verso)			
40. Assinale a situação correspondente à tarefa descrita: 1. A habitualmente exercida <input type="checkbox"/> 2. A ocasionalmente exercida <input type="checkbox"/> 3. Outra situação <input type="checkbox"/>			
41. Indique o n.º de horas executadas até ao momento do acidente: 1. De forma ininterrupta (sem intervalo)       2. Total já executadas			

**DETALHES DA LESÃO**

42. Indique conforme instruções: Natureza da lesão		42.		43. Parte do corpo atingida		43.	
--	--	-----	--	-----------------------------	--	-----	--

**CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE À DATA DA DECLARAÇÃO**

44. Sem ausência/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 demais de 14 dias <input type="checkbox"/>		Incapacidade permanente <input type="checkbox"/>		Morte <input type="checkbox"/>	

Nome do Responsável pelo preenchimento da informação por parte do Tomador de Seguro ou da Ent. Empregadora		Nome e assinatura do Tomador de Seguro ou Legal Representante (autenticar com carimbo quando se trate de entidade colectiva)		Carimbo	
Nome:		Nome:			
		Assinatura			
Data do preenchimento					