

ACIDENTES DE TRABALHO

PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTE



AÇOREANA
SEGUROS
GRUPO BANIF

NÃO PREENCHER NAS ZONAS SOMBREADAS
(VER INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO NO VERSO)

IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DE SEGURO OU ENTIDADE EMPREGADORA

APÓLICE N.º	RAMO	1. N.º Identificação Entidade Seguradora	0 0 0 1
3. Nome		2. N.º Identificação do Acidente	
4. N.º de Pessoa Colectiva		Ano de ocorrência	N.º de ordem
6. Endereço do Estabelecimento		6.	
Código Postal	Concelho	7.	
7. Actividade Principal do Estabelecimento			

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO

8. Nome	9. Nacionalidade	9.
10. Residência	Código Postal	
11. Naturalidade	12. Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	13. Data de nascimento
14. Bilhete de Identidade	15. Data de admissão ao serviço	16. Estado Civil
17. Tem dependentes a cargo	18. Se é administrador, gerente ou familiar do Tomador de Seguro, indique qual:	
19. Situação profissional	20. Horário praticado pelo sinistrado no momento do acidente:	
1. Trabalhador por conta de outrem	1. Em período normal	
2. Trabalhador por conta própria ou empregador	2. Em turno fixo	
3. Familiar não remunerado	3. Em turno rotativo	
4. Estagiário	4. Outro horário	
5. Praticante / Aprendiz		
6. Outra situação		
21. Profissão	21.	
22. Salários: Salário Base	Sub. Alim. / mês	Outras remun. / mês
23. No caso de se verificar alguma das seguintes situações, indique o montante de salários.		Salário Líquido
24. Desde quando aufero o salário citado	N.º Contribuinte	N.º Benef. Seg. Social

IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE

25. Data e hora do acidente	26. Data e hora em que deixou de trabalhar em consequência do acidente	
27. Se o acidente não ocorreu no estabelecimento indique:	1. Em serviço no exterior	2. No trajecto residência ou vice-versa
28. Quem prestou os primeiros socorros:	29. Ficou hospitalizado?	
30. Se sim. Estabelecimento hospitalar	31. Número total de vítimas do acidente	32. O acidente foi de viação?
33. O sinistrado deslocava-se em veículo motorizado de 2 ou motoquatro rodas?	34. Se respondeu sim à questão 32. e se o acidente foi da responsabilidade de terceiros, indique:	
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	35.
36. Onde estava o sinistrado no momento do acidente	36.

CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE

37. Descreva pormenorizadamente o acidente	37.1	37.2	37.3	37.4
38. Indique o objecto próximo que conduziu à lesão que provocou o acidente	38.1	38.2		
39. Descreva a tarefa que o sinistrado executava no momento do acidente				
40. Assinale a situação correspondente à tarefa descrita	41. Indique o número de horas executadas até ao momento do acidente			
1. A habitualmente exercida	1. De forma ininterrupta (sem intervalo)			
2. Ocasionalmente exercida	2. Tarefas executadas			
3. Outra situação				

DETALHES DA LESÃO

42. Indique natureza da lesão:	42.	43. Parte do corpo atingida:	43.
--------------------------------	-----	------------------------------	-----

TESTEMUNHAS

43. Nome	Profissão
Morada	Telefone
Nome	Profissão
Morada	Telefone

CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE À DATA DA DECLARAÇÃO

44. Sem ausência / ausência menor que 1 dia	Ausência de 1 a 3 dias	Ausência de 4 a 14 dias	Ausência esperada de mais de 14 dias	Incapacidade permanente	Morte
---	------------------------	-------------------------	--------------------------------------	-------------------------	-------

Nome e assinatura do Tomador de Seguro ou legal representante	Nome do responsável pelo preenchimento da informação por parte do Tomador de Seguro ou Entidade Empregadora	Data de preenchimento
---	---	-----------------------

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO
(DEC.-LEI 362 / 93 de 15 / 10 / 93 e PORTARIA 137 / 94 de 08 / 03 / 94)
TODOS OS ITENS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DE SEGURO OU ENTIDADE EMPREGADORA

N.º de Pessoa Colectiva (campo 4)

Para as entidades a que não se aplica a atribuição do número de pessoa colectiva ou de entidade equiparada, deve esta rubrica ser preenchida com o número de contribuinte de pessoa singular.

Pessoas ao serviço da entidade empregadora (empresa ou equiparada) (campo 5)

Considere todas as pessoas que, no mês em que ocorreu o acidente, efectuaram qualquer trabalho remunerado, de pelo menos uma hora, para a empresa, independentemente do vínculo que tinham, inclua portanto os sócios gerentes, cooperantes e familiares que trabalham na data de referência, tendo recebido por esse trabalho uma remuneração.

No caso de unidades abrangidas pelo seguro agrícola inclua também os trabalhadores familiares não remunerados.

Se a entidade empregadora for **utilizadora** de trabalhadores cedidos temporariamente por outra entidade patronal, não inclua estes trabalhadores.

Inclua as pessoas temporariamente ausentes, por férias, maternidade, conflito de trabalho, formação profissional, assim como por doença e acidente de trabalho de duração igual ou inferior a um mês.

Inclua também os trabalhadores de outras empresas que se encontram a trabalhar na empresa sendo aí directamente remunerados.

Exclua os trabalhadores a cumprir o serviço militar, em regime de licença sem vencimento, em desempenho de cargos públicos (ex.: vereadores, deputados), ausentes por doença ou acidente de trabalho de duração superior a um mês, assim como trabalhadores com vínculo ao estabelecimento deslocados para outras empresas, sendo nessas directamente remunerados.

Estabelecimento (campo 6)

Corresponde a uma empresa ou parte de empresa (fábrica, oficina, mina, armazém, loja, entreposto, etc.) situada num local topograficamente identificado. Nesse local ou a partir dele, exercem-se actividades económicas para as quais, regra geral, uma ou várias pessoas trabalham por conta de uma mesma empresa.

Actividade principal (campo 7)

Entende-se como actividade principal a de maior importância, medida pelo valor a preços de venda dos produtos vendidos ou fabricados ou dos serviços prestados. Na impossibilidade da sua demonstração por este critério, considera-se como principal a que ocupa, com carácter de permanência, o maior número de pessoas ao serviço.

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO

Situação profissional (campo 19)

Trabalhador por conta de outrem (campo 19.1): indivíduo que exerce uma actividade sob autoridade e direcção de outrem, nos termos de um contrato de trabalho, sujeito ou não a forma escrita e que lhe confere o direito a uma remuneração, a qual não depende dos resultados da unidade económica para a qual trabalha.

Para efeitos do preenchimento da participação de acidentes não englobe nesta situação os estagiários, praticantes ou aprendizes que se encontram autonomizados neste modelo nos pontos 19.4 e 19.5.

Trabalhador por conta própria ou empregador (campo 19.2): trabalhador que explora a sua própria empresa ou que exerce independentemente uma profissão ou ofício, tendo ou não pessoal ao serviço.

O Trabalhador por conta própria é considerado como «empregador» se tem habitualmente um ou mais trabalhadores remunerados ao seu serviço ou como «isolado» se não tem trabalhadores remunerados ao seu serviço, podendo trabalhar com ou sem ajuda de familiares.

Familiar não remunerado (campo 19.3): indivíduo que exerce uma actividade independente na empresa explorada por um familiar não sendo, contudo, seu associado ou sem estar vinculado por um contrato de trabalho.

Estagiário (campo 19.4): Trabalhador por conta de outrem, com preparação teórica, que se encontra em fase de formação profissional para as funções ligadas à profissão que pretende exercer.

Praticante / Aprendiz (campo 19.5): Considere o trabalhador que sob a orientação de trabalhadores especializados adquire conhecimentos técnico-profissionais que lhe permitam desempenhar uma função diferenciada (administrativa, de produção ou outra).

Horário praticado pelo sinistrado no momento do acidente (campo 20)

Em período normal (campo 20.1): É o horário fixado por Lei ou instrumento de Regulamentação Colectiva de Trabalho ou, ainda, por norma ou usos do estabelecimento, correspondendo ao período para além do qual o trabalho é pago como extraordinário.

Em horário de turno (campo 20.2 e 20.3): É o horário de trabalho em que a prestação de trabalho se realiza mediante uma sucessão de equipas e que resulta de um horário de laboração do estabelecimento superior ao período normal de trabalho nele estabelecido.

Turno fixo - trabalho por turnos em que as equipas são fixas sempre no mesmo período do dia ou da noite.

Turno rotativo - trabalho por turnos em que as equipas alternam o período de trabalho.

Profissão (campo 21)

Indique o mais pormenorizadamente possível a profissão segundo sempre que possível a Classificação Nacional de Profissões em vigor.

Não se limite a indicar «aprendiz», «operador de máquina». Complete, por exemplo, com «aprendiz de mecânico de automóveis», «operador de máquinas de lapidar metais».

Nunca indique apenas «operário».

SALÁRIOS (campo 22)

Salário Base

Montante íliquido (antes da dedução de quaisquer descontos) pago em dinheiro ou em géneros e correspondente às horas normais de trabalho.

Inclua a remuneração paga por horas não efectuadas.

Não inclua no salário base quaisquer prémios, subsídios, diuturnidade ou gratificações.

Indique o salário base correspondente à periodicidade de pagamento que assinalou.

TIPO DE AMBIENTE DE TRABALHO

Tipo de trabalho (campo 35)

Exemplos: Um trabalhador a preparar um animal de abate, feriu-se no grampo que serve para pendurar o animal.

Tipo de trabalho – trabalho em matadouros.

A vítima estava a accionar uma máquina de descarolagem (tiragem do milho do carolo) e feriu-se.

Tipo de trabalho – trabalho em colheitas.

Ambiente de trabalho (campo 36): O local relaciona-se com o ambiente geral em que o acidente ocorreu.

CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE

Nas perguntas desta parte do questionário responda sempre da maneira mais pormenorizada possível mesmo que repita informação em algumas delas.

Campo 37: A descrição pormenorizada do acidente deve conter as respostas às seguintes perguntas:

– O que estava a fazer a vítima no momento do acidente e que ferramenta ou máquina usava?

– O que aconteceu de errado no momento do acidente e que ferramentas e máquinas estiveram envolvidas?

– Como foi a vítima atingida?

Exemplos que elucidam o conteúdo pretendido nas respostas 37.

Ex. 1. O trabalhador estava a trabalhar com uma broca mecânica. A broca quebrou-se e soltou-se, atingindo o acidentado na mão.

Ex. 2. Numa fábrica, uma caldeira a pressão explodiu e como consequência o operador da máquina foi parcialmente esmagado por uma parede que desabou.

Campo 38: Como objecto devem ser entendidos os componentes materiais do trabalho (substância, ferramenta, máquina, equipamento ou outros agentes que atingiram o acidentado).

Segundo a descrição dos exemplos da questão 37, a resposta ao campo 38 será: no ex. 1: a broca

no ex. 2: parede ou tijolo

Campos 39 e 40: Pretende-se saber se, no momento do acidente, o trabalhador:

– Executava a tarefa normal (descreva-a).

– Executava uma tarefa diferente da normal (descreva-a).

– Não executava nenhuma tarefa. Ex.: deslocava-se de um lugar para outro (Descreva a situação).

Campo 41: Em 1. indique o total de horas executadas antes de qualquer intervalo (para refeição ou pausas previstas por Lei, Instrumento de Regulamentação de Trabalho ou Regulamento do Estabelecimento).

Em 2. indique todas as horas de trabalho já executadas, independentemente de ter ou não havido intervalo, até ao momento do acidente.

DETALHES DA LESÃO (Campo 42)

Natureza da lesão

- Contusão, ferida
- Concussões e lesões internas
- Ferida aberta
- Amputação
- Fractura exposta
- Fractura fechada
- Luxação, deslocamento
- Entorces, rotura de ligamentos
- Asfixia, inalação de gases, afogamento

- Intoxicação
- Queimaduras por calor ou frio
- Queimaduras por produtos químicos
- Efeitos de radiações
- Descarga eléctrica
- Lesão não diagnósticada
- Outro tipo de lesão não pormenorizada por ex. choque, insolação, paragem cardíaca, etc.

(Campo 43)

Partes do corpo atingidas

- Cabeça, excepto olhos
- Olhos
- Pescoço
- Costas, coluna
- Tórax
- Abdómen
- Ombro, braço, cotovelo
- Antebraço e pulso
- Mão
- Dedos da mão
- Articulações da anca, coxa, rótula
- Articulação do joelho, perna, tornozelo
- Pé
- Dedos do pé
- Localizações múltiplas
- Outras lesões

INFORMAÇÕES ADICIONAIS SOBRE O SINISTRADO

Nome do Pai _____ Idade _____ Nome da Mãe _____ Idade _____

Nome do Cônjuge _____ Idade _____

Morada _____

Filhos até 18 anos ou 21 anos a frequentar o Ensino Médio ou 24 anos a frequentar o Ensino Superior

N.º de filhos _____ Nomes _____

_____ Idades _____

Ascendentes ou parentes sucessíveis nas condições atrás citadas para os filhos, cuja alimentação esteja a cargo do sinistrado

N.º de familiares _____ Nomes _____

_____ Idades _____

IMPORTANTE

Para envio da Participação, deverá ser utilizado o n.º de Fax 217 996 697, ou entregue em qualquer Sucursal da CSA.

O Original deverá ficar na posse do Tomador, caso seja necessário a sua utilização futura.

OUTRAS INFORMAÇÕES

A Rede Clínica encontra-se disponível para consulta no site da CSA (Rede Clínica Ac. Trabalho).

Atenção - Os tratamentos, fora da Rede Clínica, Só são liquidados quando previamente autorizados pelos Serviços da Companhia.

Observações _____
