



# Acidentes de Trabalho Participação de Sinistro

NÃO PREENCHER AS ZONAS SOMBREADAS

1• Nº Identificação da Seguradora

2• Nº Identificação do Acidente

## IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE / ENTIDADE EMPREGADORA

3• Empresa \_\_\_\_\_ 6.

Apólice

4• Nº Pessoa Colectiva  5• Pessoas ao Serviço  7.

6• Morada \_\_\_\_\_ Telefone

Localidade \_\_\_\_\_ Código Postal

7• Actividade Principal do Estabelecimento \_\_\_\_\_ Contacto da Empresa \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO

8• Nome do Sinistrado \_\_\_\_\_

Nº de Empregado  9• Nacionalidade  Telefone

10• Morada do Sinistrado \_\_\_\_\_

Código Postal  NIB

11• Naturalidade: Freguesia \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_

12• Sexo  F  M 13• Data de Nascimento  14• Nº B.I.  15• Data de Admissão ao Serviço

16• Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> União de facto	17• Tem Dependentes a Cargo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	18• Indique se, em relação ao Segurado é: <input type="checkbox"/> 1 - Administrador <input type="checkbox"/> 2 - Gerente <input type="checkbox"/> 3 - Familiar <input type="checkbox"/> 4 - _____	19• Situação Profissional <input type="checkbox"/> 1 - Trabalhador por conta de outrem <input type="checkbox"/> 2 - Trabalhador por conta própria/empregador <input type="checkbox"/> 3 - Familiar não remunerado <input type="checkbox"/> 4 - Estagiário <input type="checkbox"/> 5 - Praticante / Aprendiz <input type="checkbox"/> 6 - _____	20• Horário praticado pelo sinistrado no momento do acidente <input type="checkbox"/> 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"/> Qual? _____
--	---	--	---	--

Departamento onde trabalha habitualmente. \_\_\_\_\_

21• Profissão

22• Indique as remunerações (montantes e periodicidade)

23• No caso de se verificar algumas 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 (18 anos) e não for aprendiz ou tirocinante, indique o salário médio de trabalhador médio não qualificado \_\_\_\_\_ €

Salário Base \_\_\_\_\_ €

Subsídio de alimentação / Mês \_\_\_\_\_ €

Outras remunerações / Mês/Qual? \_\_\_\_\_ €

Outras remunerações / Mês/Qual? \_\_\_\_\_ €

Outras remunerações / Mês/Qual? \_\_\_\_\_ €

Nº de meses por ano

Subsídio de férias \_\_\_\_\_ €

Subsídio de natal \_\_\_\_\_ €

Salário líquido \_\_\_\_\_ €

24• Desde quando aufero o salário citado  Se teve algum acidente nos últimos 24 meses indique a data

ATENÇÃO preencher em maiúsculas com caneta preta

## CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE

25• Data e hora do acidente (das o às 24h.) □□.□□.□□□□ □□ H □□ M		26• Data e hora em que deixou de trabalhar em consequência do acidente (das o às 24h.) □□.□□.□□□□ □□ H □□ M	
27• Se o acidente não ocorreu no estabelecimento, indique: 1 - Em serviço no exterior 2 - No trajecto residência-trabalho-residência	Local do acidente (se ocorrido no exterior)	Concelho	
28• Quem prestou os primeiros socorros		Localidade	29• Ficou hospitalizado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
30• Estabelecimento hospitalar (em caso de hospitalização)	31• N <sup>o</sup> Total de vítimas □□□□	32• Acidente de viação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33• Veículo de duas rodas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
34• Se o Acidente foi da responsabilidade de terceiros, indique (preencher Seguradora, Apólice e Matrícula se for de viação e juntar cópia da Declar. Amigável)			
Nome _____		Seguradora _____	
Morada _____		Localidade _____	
Código Postal □□□□.□□□		N <sup>o</sup> de Apólice do terceiro _____ Matrícula _____	
34.1• Se houve intervenção de autoridade, especifique. _____			

### TESTEMUNHAS

Nome 1. \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_  
Nome 2. \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

### TIPO E AMBIENTE DE TRABALHO

35• Que tipo de trabalho estava a fazer o Sinistrado no momento do acidente?  
\_\_\_\_\_ 35. Tipo de trabalho □□□□

36• Onde estava o Sinistrado no momento do acidente?  
\_\_\_\_\_ 36. Ambiente de trabalho □□□□

### CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE

37• Descreva pormenorizadamente o acidente mencionado, designadamente os acontecimentos que deram origem à lesão, mencionando as substâncias, os equipamentos e ferramentas que usava.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

37.1. Actividade do Sinistrado □□□□

37.2. Item associado à actividade □□□□

38• Indique o objecto próximo que conduziu à lesão, que provocou o acidente.  
\_\_\_\_\_

37.3. Acção de desvio □□□□

39• Descreva a tarefa que o Sinistrado executava no momento do acidente.  
\_\_\_\_\_

37.4. Item associado à acção de desvio □□□□

40• Relativamente à tarefa descrita assinala se é executada:  
 Habitualmente  
 Ocasionalmente  
 Outras

41• Indique o número de horas executadas até ao momento do acidente  
De forma ininterrupta (sem intervalo) □□  
Total já executadas □□

38.1. Acção que conduziu à lesão □□□□

38.2. Agente da lesão □□□□

### DETALHES DA LESÃO

42• Natureza da lesão

<input type="checkbox"/> Contusão, ferida	<input type="checkbox"/> Intoxicação
<input type="checkbox"/> Concussão e lesões internas	<input type="checkbox"/> Queimadura por calor ou por frio
<input type="checkbox"/> Ferida aberta	<input type="checkbox"/> Queimadura por produtos químicos
<input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Efeitos de radiação
<input type="checkbox"/> Fractura exposta	<input type="checkbox"/> Descarga eléctrica
<input type="checkbox"/> Fractura fechada	<input type="checkbox"/> Lesão não diagnosticada
<input type="checkbox"/> Luxação, Deslocamento	<input type="checkbox"/> Outro tipo de lesão não pormenorizada por ex.: choque, insolação paragem cardíaca. etc.
<input type="checkbox"/> Entorses, rotura de ligamentos	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> Asfixia, inalação de gases, afogamento	

43• Partes do corpo atingidas

<input type="checkbox"/> Cabeça, excepto olhos	<input type="checkbox"/> Mão
<input type="checkbox"/> Olhos	<input type="checkbox"/> Dedos da Mão
<input type="checkbox"/> Pescoço	<input type="checkbox"/> Articulação da anca, coxa, rótula
<input type="checkbox"/> Costas, coluna	<input type="checkbox"/> Articulação do joelho, perna, tornozelo
<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Pé
<input type="checkbox"/> Abdómen	<input type="checkbox"/> Dedos do Pé
<input type="checkbox"/> Ombro, braço, cotovelo	<input type="checkbox"/> Localizações múltiplas
<input type="checkbox"/> Antebraço, pulso	<input type="checkbox"/> Outras Lesões

44• Sem ausência / menor que 1 dia  de 1 a 3 dias  de 4 a 14 dias  Superior a 14 dias  Incapacidade permanente  Morte

Nome e Assinatura do Segurado ou representante legal	Nome do responsável pelo preenchimento da informação por parte do Segurado ou Entidade Empregadora	Data do preenchimento □□.□□.□□□□
--	--	-------------------------------------