

# ACIDENTES DE TRABALHO PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTE



APÓLICE \_\_\_\_\_

N.º IDENTIFICAÇÃO ENT. SEGURADORA

N.º IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE

1 0 1 5

2  
ANO DA OCORRÊNCIA

N.º DE ORDEM

## IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADO OU ENTIDADE EMPREGADORA

3. NOME \_\_\_\_\_

4. N.º DE PESSOA COLECTIVA \_\_\_\_\_ 5. N.º DE PESSOAS DA ENTIDADE EMPREGADORA \_\_\_\_\_

6. ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO \_\_\_\_\_ TELEF.: \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ DIST. \_\_\_\_\_ CONCELHO \_\_\_\_\_

7. ACTIVIDADE PRINCIPAL DO ESTABELECIMENTO \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO

8. NOME \_\_\_\_\_ 9. NACIONALIDADE \_\_\_\_\_

10. RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

11. NATURALIDADE \_\_\_\_\_ FREGUESIA \_\_\_\_\_ CONCELHO \_\_\_\_\_ 12. SEXO M  F

13. DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ ANO MÊS DIA 14. BILHETE DE IDENTIDADE N.º \_\_\_\_\_ 15. DATA DE ADMISSÃO AO SERVIÇO \_\_\_\_\_ ANO MÊS DIA

16. ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ 17. TEM DEPENDENTES A CARGO? SIM  NÃO  18. SE É ADMINISTRADOR, GERENTE OU FAMILIAR DO SEGURADO, INDIQUE QUAL: \_\_\_\_\_

19. SITUAÇÃO PROFISSIONAL:

10. TRABALHADOR INDEPENDENTE COM PESSOAL AO SERVIÇO OU EMPREGADOR/SÓCIO

20. TRABALHADOR INDEPENDENTE SEM PESSOAL AO SERVIÇO

21. TRABALHADOR POR CONTA DE OUTREM

22. ESTAGIÁRIO, PRATICANTE OU APRENDIZ, COM VÍNCULO À EMPRESA

40. TRABALHADOR FAMILIAR

50. ESTAGIÁRIO/APRENDIZ, SEM VÍNCULO À EMPRESA

60. OUTRA SITUAÇÃO

20. HORÁRIO PRATICADO PELO SINISTRADO NO MOMENTO DO ACIDENTE

1. EM PERÍODO NORMAL

2. EM TURNO FIXO

3. EM TURNO ROTATIVO

4. OUTRO HORÁRIO

21. PROFISSÃO \_\_\_\_\_

ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

22. SALÁRIOS, ASSINALE A PERIODICIDADE DE PAGAMENTO E INDIQUE O MONTANTE EM CADA SITUAÇÃO:

SALÁRIO BASE \_\_\_\_\_ MENSAL  DIÁRIO  HORÁRIO  SUB. ALIM. MÊS \_\_\_\_\_ SUBSÍDIO FÉRIAS \_\_\_\_\_

OUTRAS REM. / MÊS N.º MESES / ANO \_\_\_\_\_ SUBSÍDIO NATAL \_\_\_\_\_ SALÁRIO LÍQUIDO \_\_\_\_\_

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 N.º QUAL \_\_\_\_\_ €

24. DESDE QUANDO AUFERE O SALÁRIO CITADO ANO \_\_\_\_\_ MÊS \_\_\_\_\_ DIA \_\_\_\_\_

## DADOS DO ACIDENTE

25. DATA E HORA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ Ano Mês Dia Hora (das 0 às 24 horas)

26. DATA E HORA EM QUE DEIXOU DE TRABALHAR EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ Ano Mês Dia Hora (das 0 às 24 horas)

27. SE O ACIDENTE NÃO OCORREU NO ESTABELECIMENTO INDIQUE: 1. EM SERVIÇO NO EXTERIOR DO ESTABELECIMENTO  2. NO TRAJECTO RESIDÊNCIA TRABALHO OU VICE-VERSA

LOCAL \_\_\_\_\_ LUGAR (NOME PROPRIEDADE CASO DE SEGURO AGRÍCOLA) \_\_\_\_\_ CONCELHO \_\_\_\_\_ FREGUESIA \_\_\_\_\_

28. QUEM PRESTOU OS 1.ºS SOCORROS \_\_\_\_\_ LOCALIDADE \_\_\_\_\_

29. FICOU HOSPITALIZADO? SIM  NÃO  30. SE, SIM; ESTABELECIMENTO HOSPITALAR \_\_\_\_\_

31. NÚMERO TOTAL DE VÍTIMAS DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ 32. O ACIDENTE FOI DE VIAÇÃO? SIM  NÃO  33. O SINISTRADO DESLOCAVA-SE EM VEÍCULO MOTORIZADO DE 2 RODAS? SIM  NÃO

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 DA APÓLICE \_\_\_\_\_ SEGURADORA \_\_\_\_\_

SE HOUVER 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) \_\_\_\_\_

36. ONDE ESTAVA O SINISTRADO NO MOMENTO DO ACIDENTE (EX.: NO INTERIOR DE UM EDIFÍCIO, NO SUBSOLO) \_\_\_\_\_

35. TIPO DE TRABALHO \_\_\_\_\_

36. AMBIENTE DE TRABALHO \_\_\_\_\_

## CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE

37. DESCREVA PORMENORIZADAMENTE O ACIDENTE MENCIONADO 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.) \_\_\_\_\_

38. INDIQUE O OBJECTO PRÓXIMO QUE CONDUZIU À LESÃO, QUE PROVOCOU O ACIDENTE \_\_\_\_\_

39. ESCREVA A TAREFA QUE O SINISTRADO EXECUTAVA NO MOMENTO DO ACIDENTE (VER INSTRUÇÕES) \_\_\_\_\_

40. ASSINALE A SITUAÇÃO CORRESPONDENTE À TAREFA DESCRITA:

1. A HABITUALMENTE EXERCIDA  2. OCASIONALMENTE EXERCIDA  3. OUTRA SITUAÇÃO

41. INDIQUE O N.º DE HORAS EXECUTADAS ATÉ AO MOMENTO DO ACIDENTE: 1. DE FORMA ININTERROMPTA (S/ INTERVALO) \_\_\_\_\_ 2. TOTAL JÁ EXECUTADAS \_\_\_\_\_

37.1. ACTIVIDADE DA VÍTIMA \_\_\_\_\_

37.2. ITEM ASSOCIADO À ACTIVIDADE \_\_\_\_\_

37.3. ACÇÃO DE DESVIO \_\_\_\_\_

37.4. ITEM ASSOCIADO À ACÇÃO DE DESVIO \_\_\_\_\_

38.1. ACÇÃO QUE CONDUZIU À LESÃO \_\_\_\_\_

38.2. AGENTE DA LESÃO \_\_\_\_\_

## DETALHES DA LESÃO

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

## CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE À DATA 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 SEGURADO OU LEGAL REPRESENTANTE \_\_\_\_\_

NOME DO RESPONSÁVEL DA INFORMAÇÃO POR PARTE DO SEGURADO OU DA ENTIDADE EMPREGADORA \_\_\_\_\_

DATA DE PREENCHIMENTO \_\_\_\_\_

Mod. 210247