



ACIDENTES DE TRABALHO

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

Identificação da Entidade Seguradora

1. 133

N.º Identificação do Acidente / Processo

2.

IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DO SEGURO OU ENTIDADE EMPREGADORA	N.º Apólice
3. Nome <input type="text"/>	Ramo <input type="text"/>
4. N.º de Pessoa Colectiva <input type="text"/>	6. <input type="text"/>
5. N.º pessoa ao serviço da entidade empregadora <input type="text"/>	7. <input type="text"/>
6. Endereço do Estabelecimento <input type="text"/>	
Telefone <input type="text"/> Cód. Postal <input type="text"/> Distrito <input type="text"/> Concelho <input type="text"/>	
7. Actividade principal do estabelecimento <input type="text"/>	

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO	
9. Nome <input type="text"/>	9. Nacionalidade <input type="text"/>
10. Residência <input type="text"/>	Cód. Postal <input type="text"/>
11. Naturalidade <input type="text"/>	Freguesia <input type="text"/>
12. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	13. Data nascimento <input type="text"/>
14. B.I. <input type="text"/>	15. Data admissão serviço <input type="text"/>
16. Estado civil <input type="text"/>	17. Tem dependentes a cargo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
18. Se é Administrador, Gerente ou familiar do segurado, indique qual: <input type="text"/> Telefone <input type="text"/>	
19. Situação Profissional	20. Horário praticado pelo sinistrado no momento do acidente
1. Trabalhador independente com pessoal ao serviço ou Empregador/Sócio <input type="checkbox"/>	1. Em período normal <input type="checkbox"/>
2. Trabalhador independente sem pessoal ao serviço <input type="checkbox"/>	2. Em turno fixo <input type="checkbox"/>
3. Trabalho por conta doutrem <input type="checkbox"/>	3. Em turno rotativo <input type="checkbox"/>
4. Estagiário, Praticante ou Aprendiz, com vínculo à empresa <input type="checkbox"/>	4. Outro horário <input type="checkbox"/>
5. Trabalhador Familiar <input type="checkbox"/>	
6. Estagiário, Aprendiz, sem vínculo à empresa <input type="checkbox"/>	
7. Outra situação <input type="checkbox"/>	
8. <input type="checkbox"/>	
21. Profissão <input type="text"/>	21. <input type="text"/>
22. Salários, assinale a periodicidade de pagamentos e indique o montante em cada situação: Salário base <input type="text"/> € Mensal <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> Horário <input type="checkbox"/> Subsídio de alimentação / mês <input type="text"/> € N.º Meses / ano <input type="text"/> Outras remunerações mês <input type="text"/> € Subsídio de férias <input type="text"/> € Subsídio de Natal <input type="text"/> € Salário líquido <input type="text"/> €	
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 <input type="text"/> Se o sinistrado for aprendiz ou tirocinante, indique o salário médio dos oficiais da mesma categoria <input type="text"/> Se o sinistrado for menor (de 18 anos) e não for aprendiz ou tirocinante, indique o salário médio de trabalhador maior não qualificado <input type="text"/>	
24. Desde quando aufero o salário citado: Ano/Mês/Dia <input type="text"/>	

DADOS DO ACIDENTE
25. Data e hora do acidente: Ano/Mês/Dia/Hora (das 0 às 24) <input type="text"/> : <input type="text"/>
26. Data e hora em que deixou de trabalhar em consequência do acidente: Ano/Mês/Dia/Hora <input type="text"/> : <input type="text"/>
27. Se o acidente não ocorreu no estabelecimento onde habitualmente trabalha, indique: 1. Em serviço no exterior do estabelecimento <input type="checkbox"/> 2. No trajecto residência/trabalho ou vice-versa <input type="checkbox"/> Local <input type="text"/> Concelho <input type="text"/> Freguesia <input type="text"/>
28. Quem prestou os primeiros socorros <input type="text"/> Localidade <input type="text"/>
29. Ficou hospitalizado? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 30. Se sim: Estabelecimento hospitalar <input type="text"/>
31. Número de vítimas do acidente <input type="text"/> 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 o acidente foi da responsabilidade de terceiros, indique: Nome e morada do responsável <input type="text"/>
Matrícula <input type="text"/> N.º de apólice <input type="text"/> Seguradora <input type="text"/>
34.1 Se houve intervenção da autoridade, especifique <input type="text"/>

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...) <input type="text"/>
36. Onde estava o sinistrado no momento do acidente (oficinas, escadas, estaleiros, andaimes, tuneis, minas, a bordo de um navio, de um barco de pesca...) <input type="text"/>
35. <input type="text"/>
ACTIVIDADE DA VÍTIMA
36. <input type="text"/>
AMBIENTE DE TRABALHO

CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE
37. Descreva pormenorizadamente o acidente (mencionando os acontecimentos que lhe deram origem e também os acontecimentos que conduziram à lesão, mencionando substâncias equipamentos e ferramentas que usava) <input type="text"/>
38. Indique o objecto próximo que provocou o acidente e conduziu à lesão <input type="text"/>
39. Descreva a tarefa que o sinistrado executava no momento do acidente <input type="text"/>
40. Assinale a situação correspondente à tarefa descrita: A habitualmente exercida <input type="checkbox"/> Ocasionalmente exercida <input type="checkbox"/> Outra situação <input type="checkbox"/>
41. Indique o n.º de horas executadas até ao momento do acidente: De forma ininterrupta (sem intervalo) <input type="text"/> Total já executadas <input type="text"/>
37.1 <input type="text"/>
TIPO DE TRABALHO
37.2 <input type="text"/>
ITEM ASSOCIADO À VÍTIMA
37.3 <input type="text"/>
ACÇÃO DE DESVIO
37.4 <input type="text"/>
ITEM ASSOCIADO À ACÇÃO DE DESVIO
38.1 <input type="text"/>
ACÇÃO QUE CONDUZIU À LESÃO
38.2 <input type="text"/>
AGENTE DA LESÃO

DETALHES DA LESÃO
42. Indique conforme instruções: Natureza da lesão <input type="text"/> 42. <input type="text"/> 43. Parte do corpo atingida <input type="text"/> 43. <input type="text"/>

CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE À DATA DA DECLARAÇÃO
44. Sem ausência / menor que um dia <input type="checkbox"/> Ausência esperada de 1 a 3 dias <input type="checkbox"/> Ausência esperada de 4 a 14 dias <input type="checkbox"/> Ausência esperada mais de 14 dias <input type="checkbox"/> Incapacidade permanente esperada <input type="checkbox"/> Morte <input type="checkbox"/>

DATA DE PREENCHIMENTO	NOME E ASSINATURA DO TOMADOR DO SEGURO OU LEGAL REPRESENTANTE	NOME DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA INFORMAÇÃO POR PARTE DO TOMADOR DO SEGURO OU ENTIDADE EMPREGADORA
-----------------------	---	---

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DO 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 DO TOMADOR DO SEGURO OU 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, independente do vínculo que tinham. Inclua portanto os sócios gerentes, cooperantes e familiares que trabalharam na data de referência, tendo recebido por esse trabalho uma remuneração. No caso de unidades abrangidas pelo seguro agrícola, inclua também os trabalhadores não remunerados.

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

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

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

Não considere os trabalhadores a cumprir 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.

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 determinação 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)

TRABALHADORES POR CONTA DOUTREM (CAMPO 19.30)

Indivíduo que exerce uma actividade sob autoridade e direcção de outrem, nos termos de um contrato de trabalho, sujeito ou não a uma forma escrita e que lhe confere o direito a uma remuneração.

Para efeitos de preenchimento da participação de acidentes não englobe nesta situação os estagiários, praticantes ou aprendizes que se encontram autonomizados neste modelo nos pontos 19.31 e 19.50.

TRABALHADOR INDEPENDENTE OU EMPREGADO/SÓCIO (CAMPO 19.10)

Trabalhador que explora a sua própria empresa ou que exerce independentemente uma profissão ou ofício, tendo pessoal ao seu serviço.

O trabalhador independente é considerado como “empregador” se tem habitualmente um ou mais trabalhadores remunerados ao seu serviço. Sendo (isolado) não tem trabalhadores remunerados ao seu serviço, podendo trabalhar com ou sem ajuda de familiares, deverá ser preenchido o ponto (19.20).

TRABALHADOR FAMILIAR (CAMPO 19.40)

Indivíduo que exerce uma actividade independente na empresa explorada por um familiar não sendo, contudo, seu associado e sem estar vinculado por um contrato de trabalho.

ESTAGIÁRIO, PRATICANTE OU APRENDIZ, COM VÍNCULO À EMPRESA (CAMPO 19.30)

Trabalhador por conta doutrem, com preparação teórica, que se encontra em fase de formação profissional para funções ligadas à profissão que pretende exercer.

ESTAGIÁRIO/APRENDIZ, SEM VÍNCULO À EMPRESA (CAMPO 19.50)

Considere o trabalhador que sob a orientação de trabalhadores especializados adquire conhecimentos técnicos-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 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 é pago como extraordinário.

EM HORÁRIO DE TURNO (CAMPO 20.2 E 20.3)

É 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 fixadas 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 seguindo sempre que possível a Classificação Nacional de Profissões em vigor. Não se limite a indicar “aprendiz”, “operador de máquinas”. Complete por exemplo, “como aprendiz de mecânico de automóveis”, “operador de máquina de lapidar metais”. Nunca indique apenas “operário”.

SALÁRIOS (CAMPO 22)

SALÁRIO BASE

Montante íllquido (antes da dedução de quaisquer descontos) pago em dinheiro ou em géneros e correspondentes a horas normais de trabalho.

Inclua remuneração paga por horas efectuadas.

Não inclua quaisquer prémios, subsídios, diuturnidades ou gratificações. Indique o salário base correspondente à periodicidade de pagamento que assinalou.

TIPO E AMBIENTE DE TRABALHO

TIPO DE TRABALHO (CAMPO 35) EXEMPLOS

- Um trabalho 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.

CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE

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

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 no momento?

- O que aconteceu de errado no momento do acidente e que ferramenta ou máquinas estiveram envolvidas?

- Como foi a vítima atingida?

CAMPO 38

Como objecto devem ser entendidos os componentes materiais de trabalho (substâncias, ferramenta, máquina, equipamento ou outros agentes que atingiram o acidentado).

CAMPO 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 pausa previstas por lei, instrumento de regulação 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 E 43

ver verso do Boletim de Exame - 3.º Impresso deste conjunto