

Formulário para Acidentes de Trabalho



1. TITULAR DA APÓLICE / POLICY HOLDER

Nome: Name	Nº da Apólice: Policy Nº	Endereço: Address
Telefone: Telephone	Email: Email	

2. TOMADOR DO SEGURO OU ENTIDADE EMPRESARIAL

a) Nome:	b) NUIT:	c) N° de pessoas ao Serviço da Entidade Empregadora:
d) Morada:	e) Localidade:	f) Código Postal:
g) Telefone:	h) Telemóvel:	i) Email:
j) Atividade Principal do Estabelecimento	k) Contacto Na Empresa:	
l) IBAN:	m) BIC:	

3. COLABORADOR SINISTRADO

a) Nome:	b) Nº Segurança Social	c) Nacionalidade		
d) Morada:	e) Localidade:	f) Código Postal:	g) Telefone:	
h) Naturalidade:	i) Concelho:	j) Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
k) Data de Nascimento / /	l) B.I.	m) Nº De Contribuinte		
n) IBAN:	o) BIC:	p) Email:		
q) Data de Admissão ao Serviço	r) Nº De Empregado			
s) Estado Civil: Casado(a):	Solteiro(a):	Divorciado(a):	União De Facto:	Viúvo(a):
t) Tem Dependentes a Cargo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	u) Indique se em Relação ao Segurado é: a. Administrador <input type="checkbox"/> b. Gerente <input type="checkbox"/>			
c.Familiar <input type="checkbox"/>	d. <input type="checkbox"/>			
v) Situação Profissional	Estagiário Praticante / Aprendiz Outra Situação	w) Horário Praticado Pelo Sinistrado No Momento Do Acidente		
<input type="checkbox"/> Trabalhador Por Conta De Outrém <input type="checkbox"/> Trabalhador Por Conta Própria Ou Empregador <input type="checkbox"/> Familiar Não Remunerado	<input type="checkbox"/> Em Período Normal <input type="checkbox"/> Em Turno Fixo <input type="checkbox"/> Em Turno Rotativo	<input type="checkbox"/> Outro Horário, Qual?		
x) Profissão:				

4. DADOS DO ACIDENTE

a) Data e Hora do Acidente: Data:	/	/	Hora:	b) Deixou de Trabalhar: Data:	/	/	Hora:
c) Consequência do Acidente:							
d) Se O Acidente Não Ocorreu No Estabelecimento, Indique: Em Serviço No Exterior <input type="checkbox"/> No Trajeto Residência / Trabalho <input type="checkbox"/>							
Local:	Concelho:	Propriedade (Se Seguro Agrícola/Área)					
e) Quem Prestou Os 1ºs Socorros?	f) Localidade:	g) Ficou Hospitalizado? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
h) Se Sim, Estabelecimento Hospitalar			i) Número Total De Vitimas Do Acidente				
j) O Acidente Foi De Viação? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	k) O Sinistrado Deslocava-Se Em Veículo Motorizado De 2 Rodas? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>						
l) Se O Acidente foi da Responsabilidade de Terceiros, Indique (Preencher Segurador, Apólice e Matrícula se for de Viação)							
i) Nome:	iv) Segurador:						
ii) Morada:	v) Localidade:						
iii) Código Postal:	vi) Nº de Apólice de Terceiro:						
m) Se houve Intervenção de Autoridade, Especifique:							

5. TESTEMUNHAS

a) Nome:	c) Telefone:
b) Nome:	d) Telefone:

6. TIPO E AMBIENTE DE TRABALHO

a) Que Tipo De Trabalho Estava O Sinistrado A Fazer No Momento Do Acidente?	c) Tipo de Trabalho:
b) Onde Estava O Sinistrado No Momento Do Acidente?	d) Ambiente de Trabalho:

7. CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE

a) Descreva pormenorizadamente o Acidente, mencionando, designadamente, os acontecimentos que lhe deram origem e também os acontecimentos que conduziram a lesão, mencionando as substâncias, os equipamentos ou ferramentas que usava (Tipo De Ferramenta, Máquina, Etc.)	f) Atividade Do Sinistrado		
	g) Item Associado À Atividade		
	h) Item Associado À Atividade		
b) Indique o objeto próximo que conduziu à lesão que provocou o acidente			
c) Descreva A Tarefa Que O Sinistrado Executava No Momento Do Acidente (Ver Instruções)	i) Item Associado À Ação De Desvio		
	j) Ação Que Conduziu À Lesão		
d) Assinale A Situação Correspondente À Tarefa Descrita:			
i. A Habitualmente Exercida <input type="checkbox"/>	ii. Ocasionalmente Exercida <input type="checkbox"/>	iii. Outra Situação <input type="checkbox"/>	k) Agente Da Lesão
e) Indique O Número De Horas Executadas Até Ao Momento Do Acidente:			
i. De Forma Ininterrupta (Sem Intervalo) <input type="checkbox"/>	ii. Total Já Executadas <input type="checkbox"/>		

8. DETALHES DA LESÃO

a) Natureza da Lesão		b) Partes do Corpo Atingidas	
i) <input type="checkbox"/> CONTUSÃO, FERIDA	x) <input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO	i) <input type="checkbox"/> CABEÇA, EXCETO OLHOS	ix) <input type="checkbox"/> MÃO
ii) <input type="checkbox"/> CONTUSÃO E LESÕES INTERNAS	xi) <input type="checkbox"/> QUEIMADURA POR CALOR OU POR FRIO	ii) <input type="checkbox"/> OLHOS	x) <input type="checkbox"/> DEDOS DA MÃO
iii) <input type="checkbox"/> FERIDA ABERTA	xii) <input type="checkbox"/> QUEIMADURA POR PRODUTOS QUÍMICOS	iii) <input type="checkbox"/> PESCOÇO	xi) <input type="checkbox"/> ARTICULAÇÃO DA ANCA
iv) <input type="checkbox"/> AMPUTAÇÃO	xiii) <input type="checkbox"/> EFEITOS DE RADIAÇÃO	iv) <input type="checkbox"/> COSTAS, COLUNA	xii) <input type="checkbox"/> ARTICULAÇÃO DO JOELHO, PERNAS, TORNOCÉLO
v) <input type="checkbox"/> FRATURA EXPOSTA	xiv) <input type="checkbox"/> DESCARGA ELÉTRICA	v) <input type="checkbox"/> TÓRAX	xiii) <input type="checkbox"/> PÉ
vi) <input type="checkbox"/> FRATURA FECHADA	xv) <input type="checkbox"/> LESÃO NÃO DIAGNOSTICADA	vi) <input type="checkbox"/> ABDÓMEN	xiv) <input type="checkbox"/> DEDOS DO PÉ
vii) <input type="checkbox"/> LUXAÇÃO, DESLOCAMENTO	xvi) <input type="checkbox"/> OUTROTÍPO DE LESÃO NÃO PORMENORIZADA, POR EX.: CHOQUE, INSOLAÇÃO, PARAGEM CARDIÁCA, ETC.	vii) <input type="checkbox"/> OMBRO, BRAÇO, COTOVELO	xv) <input type="checkbox"/> LOCALIZAÇÕES MÚLTIPLES
viii) <input type="checkbox"/> ENTORSES, ROTURA DE LIGAMENTOS	xvii) <input type="checkbox"/> IGNORADO	viii) <input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO, PULSO	xvi) <input type="checkbox"/> OUTRAS LESÕES
ix) <input type="checkbox"/> ASFIXIA, INALAÇÃO DE GASES, AFOGAMENTO			

c) Tempo da Ausência: Sem / Menor que 1 dia 1-3dias 4-14dias Esperada de mais de 14dias Incapacidade permanente Morte

9. DECLARAÇÃO / DECLARATION

- Pelo presente declaro, por minha honra, que todas as informações fornecidas, são verdadeiras.
I hereby declare, on my honor, that all information provided is true.
- Entendo e aceito que em caso de falsidade ou imprecisão das informações prestadas ou ainda, não juntão da documentação solicitada, a presente participação será considerada nula, eximindo-se a seguradora de quaisquer responsabilidades sobre o sinistro.
I understand and accept that in case of falsity or inaccuracy of the information provided or even if the requested documentation is not included, this participation will be considered null, exempting the insurer from any responsibility for the claim.
- Autorizo irrevogavelmente o Segurador para colectar, processar e compartilhar as informações aqui prestadas para efeitos de cumprimento de obrigações de compliance e/ou averiguações que entender pertinentes.
I irrevocably authorize the Insurer to collect, process and share the information provided here for the purpose of complying with compliance obligations and / or investigations that it deems pertinent.

Assinatura:

Signature

Nome:

Name

Título:

Title

Data:

Date

Carimbo da Empresa:

Company Stamp

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DO SEGURO OU ENTIDADE EMPREGADORA

1.B) - Número de Pessoa Colectiva:

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.

1.C) - Pessoas ao serviço da entidade empregadora (empresa ou equiparada)

Considere todas as pessoas que, no mês em que ocorreu o acidente, efectuaram trabalho remunerado, de pelo menos uma hora, para a empresa, independentemente 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 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 acidentes 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.

1.D) Estabelecimento

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 empresa.

1.J) Actividade principal

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

2.V) Situação profissional

Trabalhador por conta de outrem (2.V-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 de preenchimento da participação de acidente não englobe nesta situação os estagiários, praticantes ou aprendizes que se encontrem autonomizados neste modelo nos pontos 2.V-4 e 2.V-5.

Trabalhador por conta própria ou empregador (2.V-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 (2.V-3): Indivíduo que exerce uma actividade independente na empresa explorada por um familiar não sendo, contudo, seu associado e sem estar vinculado por um contrato.

Estagiário (2.V-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 (2.V-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).

2.W) - Horário praticado pelo sinistrado no momento do acidente

Em período normal (2.W): É o horário fixado por Lei ou instrumento de Regulamentação Colectiva de Trabalho ou, ainda, por outra norma ou usos do estabelecimento, correspondendo ao período para além do qual o trabalho é pago como extraordinário.

Em horário de turno (2.W-2 e 2.W-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 fixos sempre no mesmo período do dia ou da noite.

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

2.X) - Profissão

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 máquina. Complete, por exemplo, com aprendiz de mecânico de automóveis, operador de máquina de lapidar metais.

Nunca indique apenas operários.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO (cont.)

TIPO E AMBIENTE DE TRABALHO

5.A) - *Tipo de trabalho*

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.

5.B) - *Ambiente de trabalho*

O local relaciona-se com o ambiente geral em que o acidente ocorreu.

CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE

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

6.A)

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 ferramentas, máquinas, estiveram envolvidas?
- Como foi a vítima atingida?

Exemplos que elucidam o conteúdo pretendido nas respostas no campo 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.

6.B)

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

Segundo a descrição dos exemplos da questão 37, a resposta ao 6.B será:

no exemplo 1: a broca

no exemplo 2: a parede de tijolo

6.C)

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)

6.E)

Em 1, indique o total de horas executadas antes de qualquer intervalo (refeição ou pausas previstas por lei, instrumento de Regulamentação de Trabalho ou Regulamento do Estabelecimento).

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

DETALHES DA LESÃO

7.A) - *Natureza da Lesão Campo*

- Contusão, ferida
- Intoxicação
- Concussões e lesões internas
- Queimadura por calor ou frio
- Ferida aberta
- Queimadura por produtos químicos
- Amputação
- Efeitos de radiações
- Fractura exposta
- Descarga eléctrica
- Fractura fechada
- Lesão não diagnosticada
- Luxação, deslocamento
- Outro tipo de lesão não pormenorizada, por ex.:
- Entorses, rotura de ligamentos Choque, insolação, paragem cardíaca, etc.
- Asfixia, inalação de gases, afogamento • Ignorado

7.B) - *Partes do Corpo Atingidas*

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