

## Participação de Acidente - Acidentes de Trabalho

NÃO PREENCHER ZONA DE COR

APÓLICE **6 9** | **1 1 1 1 1 1**

N.º IDENTIFICAÇÃO ENT. SEGURADORA N.º IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE

1. **0 1 0** | 2. ANO DA OCORRÊNCIA N.º DE ORDEM

RAMO

### IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADO OU ENTIDADE EMPREGADORA

3. NOME **Pinto Sociedade Mediação de Seguros, Lda**

4. N.º DE PESSOA COLECTIVA **5 0 3 9 5 4 6 4 0**

5. N.º DE PESSOAS AO SERVIÇO DA ENTIDADE EMPREGADORA **5**

6. ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO **Rua Luís Augusto Albino - Ed Varzea, Lj B**

TELEF. **2 6 1 3 3 0 3 3 0**

CÓDIGO POSTAL **2 5 6 0** | **6 8 3** **Torres Vedras** DIST. **Lisboa** CONCELHO **Torres Vedras**

7. ACTIVIDADE PRINCIPAL DO ESTABELECIMENTO **Mediação seguros** E-mail **geral@pintoseguros.com**

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO

8. NOME **Eduardo Assis** N.º EMPREGADO

9. NACIONALIDADE **Portuguesa** TELEFONE / TLM: **9 1 1 1 1 1 1 1 1 1**

10. RESIDÊNCIA **Rua Luís Augusto Albino, Nº** CÓDIGO POSTAL **2 5 6 0** | **6 8 3**

E-MAIL: **eduardo.assis@pintoseguros.com** NIB: **0 0 9 9 0 0 9 9 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1 1**

11. NATURALIDADE **São Pedro e Santiago** | **Torres Vedras** 12. SEXO M  F

13. DATA DE NASCIMENTO FREGUESIA ANO MÊS DIA **1 9 7 0 0 1 0 1** CONCELHO **2 2 2 3 3 3 3**

N.º CONTRIBUINTE **2 0 0 2 0 1 2 0 2** 14. B.I.; I.D. OU PASSAPORTE SE ESTRANGEIRO **2 2 2 3 3 3 3**

15. DATA ADMISSÃO AO SERVIÇO ANO MÊS DIA **2 0 0 0 0 1 0 1** 16. ESTADO CIVIL **Casado**

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

19. SITUAÇÃO PROFISSIONAL

- 1. TRABALHADOR POR CONTA DE OUTRÉM
- 2. TRABALHADOR POR CONTA PRÓPRIA OU EMPREGADOR
- 3. FAMILIAR NÃO REMUNERADO
- 4. ESTAGIÁRIO
- 5. PRATICANTE / APRENDIZ
- 6. 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  QUAL

ESPECIFIQUE **Empregado Escritório** 21. PROFISSÃO

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

SALÁRIO BASE **500 €** MENSAL  DIÁRIO  HORÁRIO  SUB. ALIM./MÊS/DIA **110 €** SUBSÍDIO FÉRIAS **500 €**

OUTRAS REM. / MÊS N.º MESES / ANO **500 €** SUBSÍDIO NATAL **500 €** SALÁRIO LÍQUIDO

23. NO CASO DE SE VERIFICAR ALGUMA DAS SEGUINTE SITUAÇÕES, INDIQUE O MONTANTE DOS 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 APRENDIZ OU TIROCINANTE, INDIQUE O SALÁRIO MÉDIO DE UM TRABALHADOR MAIOR N/QUALIFICADO €

SE O SINISTRADO SOFREU ALGUM ACIDENTE NOS ÚLTIMOS 24 MESES, INDIQUE A DATA

ANO **2 0 1 3** MÊS **0 1** DIA **0 1**

24. DESDE QUANDO AUFERE O SALÁRIO CITADO ANO **2 0 1 3** MÊS **0 1** DIA **0 1**

## DADOS DO ACIDENTE

25. DATA E HORA DO ACIDENTE **2 0 1 4 0 3 0 1 16:00**  
ANO MÊS DIA

26. DATA E HORA EM QUE DEIXOU DE TRABALHAR EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE **2 0 1 4 0 3 0 1 16:00**  
ANO MÊS DIA

27. SE O ACIDENTE NÃO OCORREU NO ESTABELECIMENTO INDIQUE: 1. EM SERVIÇO NO EXTERIOR DO ESTABELECIMENTO

2. NO TRAJETO RESIDÊNCIA TRABALHO OU VICE-VERSA  LOCAL \_\_\_\_\_ LUGAR (NOME DA PROPRIEDADE CASO DE SEGURO AGRÍCOLA) FREGUESIA \_\_\_\_\_ CONCELHO \_\_\_\_\_

28. QUEM PRESTOU 1<sup>OS</sup> SOCORROS **Centro Hospitalar Torres Vedras** LOCALIDADE \_\_\_\_\_

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

31. NÚMERO TOTAL DE VÍTIMAS DO ACIDENTE **1** 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 HOUVE 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)?  
**Trabalho administrativo**

36. ONDE ESTAVA O SINISTRADO NO MOMENTO DO ACIDENTE (EX.: NO INTERIOR DE UM EDIFÍCIO, NO SUBSOLO)?  
**No interior do edifício**

35.1 **TIPO DE TRABALHO**

36.1 **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.)  
**O funcionário estava a abrir o correio com um x-acto, e fez um corte no dedo indicador da mão direita.**

38. INDIQUE O OBJECTO PRÓXIMO QUE CONDUZIU À LESÃO E PROVOCOU O ACIDENTE **x-acto**

39. DESCREVA A TAREFA QUE O SINISTRADO EXECUTAVA NO MOMENTO DO ACIDENTE (VER INSTRUÇÕES)  
**Tarefa normal**

TESTEMUNHAS

1. NOME **Paulo Santos** TELEFONE **261330330**

2. NOME \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_

40. ASSINALE A SITUAÇÃO CORRESPONDENTE À TAREFA DESCRITA:  
 1. HABITUALMENTE EXERCIDA  2. OCASIONALMENTE EXERCIDA  3. OUTRA SITUAÇÃO

41. INDIQUE O N.º DE HORAS EXECUTADAS ATÉ AO MOMENTO DO ACIDENTE:  
 1. DE FORMA ININTERRUPTA (S/INTERVALO) **2** 2. TOTAL JÁ EXECUTADAS **6**

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 **Corte** 43. PARTE DO CORPO ATINGIDA **Dedo indicador mão drt**

### CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE À DATA DA DECLARAÇÃO

43. 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 **A gerência** NOME DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA INFORMAÇÃO POR PARTE DO SEGURADO OU DA ENTIDADE EMPREGADORA **Responsável de recursos humanos**

AUTENTICAR COM CARIMBO SE SE TRATAR DE ENTIDADE COLECTIVA DATA DO PREENCHIMENTO **1** / **Março** / **2014**

# Participação de Acidente - Acidentes de Trabalho

**Identificação do Segurado 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 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, efetuaram 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 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 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 serviço militar, em regime de licença sem vencimento, em desempenho de cargos políticos (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 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.

## **Atividade principal** (campo 7)

Entende-se como atividade 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)  
**Trabalhador por Conta de Outrém** (campo 19.1)  
Indivíduo que exerce uma actividade sob autoridade e direcção de outrém, 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 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. 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 e sem estar vinculado por contrato de trabalho.

## **Estagiário** (campo 19.4)

Trabalhador por conta de outrém, 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 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 Coletiva 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)

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 seguindo sempre que possível a Classificação Nacional de Profissões em vigor. Não se limite a indicar “Aprendiz”, “Operador de máquina”. Complete, por exemplo, como “Aprendiz de mecânico de automóveis” como “Operador de máquina de lapidar metais”. Nunca indique apenas “Operário”.

## **Salários** (campo 22)

### **Salário Base**

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

Inclua a remuneração paga por horas não efetuadas.

Não inclua no salários quaisquer prémios, subsídios, diuturnidades ou gratificações.

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

#### **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 acionar 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 repita a informação em alguma 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 ferramentas ou máquinas 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 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 de tijolo.

#### **Campo 39 e 40**

Pretende 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 o outro.

(descreva a situação).

#### **Campo 41**

Em 1, indique o total de horas executadas antes de qualquer intervalo (para refeição, ou pausas previstas na 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.

#### **Campo 42**

##### **Natureza da lesão:**

**Feridas e lesões superficiais / Fraturas / Deslocações, entorses e distensões / Amputações (perdas de partes do corpo) / Concussões e lesões internas / Queimaduras, escaldaduras, congelação / Envenenamentos (intoxicações), infecções / Afogamento e asfixia / Efeitos de ruído, vibrações e pressão / Efeitos de temperatura extremas, luz e radiações / Choques / Lesões múltiplas / Outras lesões especificadas não incluídas noutras rubricas.**

#### **Campo 43**

##### **Partes do corpo atingidas:**

**Parte do corpo atingida, não especificada / Cabeça / Área facial / Olho(s) / Ouvido(s) / Dentes / Cabeça, partes múltiplas / Pescoço, incluindo espinha e vértebras do pescoço / Costas, incluindo espinha e vértebras das costas / Tórax e órgãos torácicos, não especificados / Costelas, incluindo clavícula e articulação / Caixa torácica, incluindo órgãos / Área pélvica e abdominal, incluindo órgãos / Tórax, partes múltiplas/ Ombro e respectivas articulações / Braço, incluindo cotovelo / Mão / Dedo(s) / Pulso / Extremidades superiores, partes múltiplas / Extremidades inferiores, não especificadas / Anca / Perna, incluindo joelho / Tornozelo / Pé / Dedo(s) do pé / Corpo inteiro e partes múltiplas, não especificado / Outras partes do corpo atingidas, não especificado.**