



**IMPORTANTE:** São obrigatórias as respostas a todos os quesitos. Não preencher as zonas sombreadas. A participação deve ser enviada 24 horas após o acidente

**IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DO SEGURO OU ENTIDADE EMPREGADORA**

3. Nome		4. P. colectiva n.º	
5. N.º pessoas ao serviço da ent. empregadora		6. Morada do estabelecimento	
Cód. Postal	Distrito	Concelho	6.
Telefone	7. Actividade principal do estabelecimento		7.

**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO**

8. Nome		9. Nacionalidade		9.
10. Residência		Cód. Postal		
11. Naturalidade		Freguesia	Concelho	
12. Sexo		M	F	
13. Data nasc.	14. C. C. ou B. I.	15. Data admissão ao serviço		16. Estado civil
17. Tem dependentes a cargo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 18. Se é administrador, gerente ou familiar do tomador de seguro indique qual:				
19. SITUAÇÃO PROFISSIONAL				
Especifique:				
Outros dados do sinistrado: N.º de Identificação Fiscal				
Beneficiário Segurança Social n.º				
Telefone				
E-mail				
20. Horário praticado pelo sinistrado no momento do acidente:				
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"/>				
21. Profissão				
22. Salários, assinale a periodicidade de pagamento e indique o montante em cada situação:				
Salário base € Mensal <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> Horário <input type="checkbox"/>				
Subsídio alimentação / mês € N.º meses / ano				
Outras remunerações / mês €				
Subsídio de férias € Subsídio de natal € Salário líquido €				
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 €				
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 não qualificado €				
24. Desde quando aufero o citado salário ano       mês       dia				

**DADOS DO ACIDENTE**

25. Data e hora do acidente		ano	mês	dia	hora 00 a 24
26. Data e hora em que deixou de trabalhar em consequência do acidente		ano	mês	dia	hora 00 a 24
27. Se o acidente não ocorreu no estabelecimento onde habitualmente trabalha, indique:		1. Em serviço no exterior <input type="checkbox"/>		2. No trajeto residência trabalho ou vice-versa <input type="checkbox"/>	
3. Local (Nome da propriedade - caso de seguro agrícola)		Freguesia	Concelho		
28. Quem prestou os primeiros socorros:		Localidade		29. Ficou hospitalizado Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
30. Em caso afirmativo indique estabelecimento hospitalar:		31. N.º total de vítimas do acidente:			
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 SE O ACIDENTE FOI DA RESPONSABILIDADE DE TERCEIROS, INDIQUE:		Nome e morada do responsável			
		Matrícula do veículo - - N.º de Apólice Seguradora			
34.1. Se houve intervenção de 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...)		35. Tipo de trabalho	
36. Onde estava o sinistrado no momento do acidente (ex.: no interior de um edifício, no subsolo)		36. Ambiente de trabalho	

**CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE**

37. Descreva pormenorizadamente o acidente mencionando 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.)		37. 1. Atividade da vítima	
		37. 2. Item assoc. atividade	
		37. 3. Ação de desvio	
		37. 4. Item assoc. Ação desvio	
		38. 1. Ação que conduziu à lesão	
		38. 2. Agente da lesão	
38. Indique o objeto próximo que provocou o acidente e conduziu à lesão			
39. Descreva a tarefa que o sinistrado executava no momento do acidente (ver instruções no verso)			
40. Assinale a situação correspondente à tarefa descrita:			
1. A habitualmente exercida <input type="checkbox"/> 2. A ocasionalmente exercida <input type="checkbox"/> 3. Outra situação <input type="checkbox"/>			
41. Indique o n.º de horas executadas até ao momento do acidente:			
1. De forma ininterrupta (sem intervalo)       2. Total já executadas			

**DETALHES DA LESÃO**

42. Indique conforme instruções: Natureza da lesão		42.	43. Parte do corpo atingida		43.
--	--	-----	-----------------------------	--	-----

**CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE À DATA DA DECLARAÇÃO**

44. Sem ausência / Ausência menor que 1 dia <input type="checkbox"/>		Ausência de 1 a 3 dias <input type="checkbox"/>		Ausência de 4 a 14 dias <input type="checkbox"/>	
Ausência esperada demais de 14 dias <input type="checkbox"/>		Incapacidade permanente <input type="checkbox"/>		Morte <input type="checkbox"/>	

Nome do Responsável pelo preenchimento da informação por parte do Tomador do Seguro ou da Ent. Empregadora		Nome e assinatura do Tomador do Seguro ou Legal Representante (autenticar com carimbo quando se trate de entidade colectiva)		Carimbo	
Nome:		Nome:			
Data do preenchimento		Assinatura			

**IMPORTANTE:** São obrigatórias as respostas a todos os quesitos . Não preencher as zonas sombreadas . A participação deve ser enviada 24 horas após o acidente

**IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DO SEGURO OU ENTIDADE EMPREGADORA**

3. Nome		4. P. colectiva n.º	
5. N.º pessoas ao serviço da ent. empregadora		6. Morada do estabelecimento	
Cód. Postal	Distrito	Concelho	6.
Telefone	7. Actividade principal do estabelecimento		7.

**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO**

8. Nome		9. Nacionalidade		9.
10. Residência		Cód. Postal		
11. Naturalidade		Freguesia	Concelho	12. Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
13. Data nasc.	14. C. C. ou B. I.	15. Data admissão ao serviço	16. Estado civil	
17. Tem dependentes a cargo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 18. Se é administrador, gerente ou familiar do tomador de seguro indique qual:				
19. SITUAÇÃO PROFISSIONAL				
Especifique:				
Outros dados do sinistrado: N.º de Identificação Fiscal				
Beneficiário Segurança Social n.º				
Telefone				
E-mail				
20. Horário praticado pelo sinistrado no momento do acidente:				
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"/>				
21. Profissão				
22. Salários, assinale a periodicidade de pagamento e indique o montante em cada situação:				
Salário base € Mensal <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> Horário <input type="checkbox"/>				
Subsídio alimentação / mês € N.º meses / ano				
Outras remunerações / mês €				
Subsídio de férias € Subsídio de natal € Salário líquido €				
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 €				
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 não qualificado €				
24. Desde quando aufero o citado salário ano       mês       dia				

**DADOS DO ACIDENTE**

25. Data e hora do acidente		ano	mês	dia	hora 00 a 24
26. Data e hora em que deixou de trabalhar em consequência do acidente		ano	mês	dia	hora 00 a 24
27. Se o acidente não ocorreu no estabelecimento onde habitualmente trabalha, indique:					
1. Em serviço no exterior <input type="checkbox"/> 2. No trajeto residência trabalho ou vice-versa <input type="checkbox"/>					
3. Local (Nome da propriedade - caso de seguro agrícola)		Freguesia	Concelho		
28. Quem prestou os primeiros socorros:		Localidade		29. Ficou hospitalizado Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
30. Em caso afirmativo indique estabelecimento hospitalar:					
31. N.º total de vítimas do acidente:					
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 SE O ACIDENTE FOI DA RESPONSABILIDADE DE TERCEIROS, INDIQUE:					
Nome e morada do responsável					
Matrícula do veículo - - N.º de Apólice Seguradora					
34.1. Se houve intervenção de 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...)		35. Tipo de trabalho
36. Onde estava o sinistrado no momento do acidente (ex.: no interior de um edifício, no subsolo)		36. Ambiente de trabalho

**CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE**

37. Descreva pormenorizadamente o acidente mencionando designadamente os acontecimentos que lheram origem e também os acontecimentos que conduziram à lesão, mencionando as substâncias, os equipamentos, ferramentas que usava (tipo de ferramenta, máquina, etc.)		37. 1. Atividade da vítima
		37. 2. Item assoc. atividade
		37. 3. Ação de desvio
		37. 4. Item assoc. Ação desvio
		38. 1. Ação que conduziu à lesão
		38. 2. Agente da lesão
38. Indique o objeto próximo que provocou o acidente e conduziu à lesão		
39. Descreva a tarefa que o sinistrado executava no momento do acidente (ver instruções no verso)		
40. Assinale a situação correspondente à tarefa descrita:		
1. A habitualmente exercida <input type="checkbox"/> 2. A ocasionalmente exercida <input type="checkbox"/> 3. Outra situação <input type="checkbox"/>		
41. Indique o n.º de horas executadas até ao momento do acidente:		
1. De forma ininterrupta (sem intervalo)       2. Total já executadas		

**DETALHES DA LESÃO**

42. Indique conforme instruções: Natureza da lesão	42.	43. Parte do corpo atingida	43.
--	-----	-----------------------------	-----

**CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE À DATA DA DECLARAÇÃO**

44. Sem ausência / Ausência menor que 1 dia <input type="checkbox"/>	Ausência de 1 a 3 dias <input type="checkbox"/>	Ausência de 4 a 14 dias <input type="checkbox"/>
Ausência esperada demais de 14 dias <input type="checkbox"/>	Incapacidade permanente <input type="checkbox"/>	Morte <input type="checkbox"/>

Nome do Responsável pelo preenchimento da informação por parte do Tomador do Seguro ou da Ent. Empregadora	Nome e assinatura do Tomador do Seguro ou Legal Representante (autenticar com carimbo quando se trate de entidade colectiva)	Carimbo
Nome:	Nome:	
	Assinatura	
Data do preenchimento		

## INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

**IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DE SEGURO OU ENTIDADE EMPREGADORA****4. N.º de pessoa coletiva**

Para as entidades a que não se aplica a atribuição do número de pessoa coletiva ou de entidade equiparada, deve esta rubrica ser preenchida com o número de contribuinte de pessoa singular.

**5. Pessoas ao serviço da entidade empregadora**

(empresa ou equiparada)

Considere todas as pessoas que, no mês em que ocorreu o acidente, efetuaram 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 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 diretamente 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 diretamente remunerados.

**6. 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 atividades económicas para as quais, regra geral, uma ou várias pessoas trabalham por conta de uma empresa.

**7. Atividade principal**

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****19. Situação profissional****19.1. Trabalhador por conta de outrem**

Indivíduo que exerce uma atividade sob autoridade e direção 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 ou aprendizes que se encontrem autonomizados neste modelo nos pontos 19.4 e 19.5.

**19.2. Trabalhador por conta própria ou empregador**

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.

**19.3. Familiar não remunerado**

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

**19.4. Estagiário**

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.

**19.5. Praticante / Aprendiz**

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).

**20. Horário praticado pelo sinistrado no momento do acidente****20.1. Em período normal**

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.

**20.2. e 20.3. Em horário de turno**

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.

**21. 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 automóvel”, “operador de máquina de lapidar metais”.

Nunca indique apenas “operário”.

**22. Salários**

Salário Base - Montante ilíquido (antes da dedução de quaisquer descontos) pago em dinheiro ou em géneros e correspondentes às horas normais de trabalho.

Inclua a remuneração paga por horas não efetuadas.

Não inclua quaisquer prémios, subsídios, diuturnidades ou gratificações.

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

**TIPO E AMBIENTE DE TRABALHO****35. Tipo de trabalho**

*Exemplo 1:* Um trabalhador a preparar um animal de abate, feriu-se no grampo que serve para pendurar o animal.

Tipo de trabalho – trabalho em matadouros.

*Exemplo 2:* A vítima estava a acionar uma máquina de descarolagem (tiragem do milho do carolo) e feriu-se. Tipo de trabalho – trabalho em colheitas.

**36. 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 da maneira mais pormenorizada possível mesmo que repita informação em algumas delas.

**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 ferramentas, máquinas estiveram envolvidas?

– Como foi a vítima atingida?

Exemplos que elucidam o conteúdo pretendido nas respostas 37.

*Exemplo 1:* O trabalhador estava a trabalhar com uma broca mecânica. A broca quebrou-se e soltou-se, atingindo o acidentado na mão.

*Exemplo 2:* Numa fábrica, uma caldeira a pressão explodiu e como consequência o operador da máquina foi parcialmente esmagado por uma parede que desabou.

**38.**

Como objeto 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 exemplo 1, a broca e no exemplo 2, a parede de tijolo.

**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

*Exemplo:* deslocava-se de um lugar para o outro. (descreva a situação)

**41.**

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****42. Natureza da lesão**

- Contusão, ferida
- Concussões e lesões internas
- Ferida aberta
- Amputação
- Fratura exposta
- Fratura fechada
- Luxação, deslocamento
- Entorses, rotura de ligamentos
- Asfíxia, inalação de gases, afogamento
- Intoxicação
- Queimadura por calor ou frio
- Queimadura por produtos químicos
- Efeitos de radiações
- Descarga elétrica
- Lesão não diagnosticada
- Outro tipo de lesão não pormenorizada, *exemplo:* choque, insolação, paragem cardíaca, etc.
- Ignorado

**43. Partes do corpo atingidas**

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