

# *Acidente de Trabalho*

---

## **Participação de Sinistro**

ENVIAR A PARTICIPAÇÃO PARA A *Direcção de Sinistros de Acidentes de Trabalho*

**APARTADO 15125 • 1074-004 LISBOA**

Fax Exclusivo para envio de Part. Sinistro: 213 237 836





## IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE

|   |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
| 25. Data e hora do acidente (das 0 às 24h.)<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> H <input type="text"/> <input type="text"/> M  |  | 26. Data e hora em que deixou de trabalhar em consequência do acidente (das 0 às 24h.)<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> H <input type="text"/> <input type="text"/> M |  |   |
| 27. Se o acidente não ocorreu no estabelecimento, indique:<br><input type="checkbox"/> 1 - Em serviço no exterior<br><input type="checkbox"/> 2 - No trajecto residência-trabalho-residência  |  | Local do Acidente (se ocorrido no exterior)<br><input type="text"/>   | Concelho<br><input type="text"/>   | Propriedade (se seguro agrícola/área)<br><input type="text"/>                           |
| 28. Quem prestou os primeiros socorros.<br><input type="text"/>   |  | Localidade<br><input type="text"/>  |  | 29. Ficou hospitalizado?<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   |
| 30. Estabelecimento hospitalar (em caso de hospitalização)<br><input type="text"/>  |  | 31. Nº Total de vítimas<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  | 32. Acidente de viação?<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 33. Veículo de duas rodas?<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 34. Se o Acidente foi da responsabilidade de terceiros, indique (preencher Seguradora, Apólice e Matrícula se for de viação)<br>Nome _____ Seguradora _____<br>Morada _____ Localidade _____<br>Cód. Postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nº de Apólice do terceiro _____ Matrícula _____ |  |   |  |   |
| 34.1. Se houve intervenção de autoridade, especifique.<br><input type="text"/>  |  |   |  |   |

## TESTEMUNHAS

|               |                |
|---------------|----------------|
| Nome 1. _____ | Telefone _____ |
| Nome 2. _____ | Telefone _____ |

## TIPO E AMBIENTE DE TRABALHO

|  |   |
|--|---|
| 35. Que tipo de trabalho estava a fazer o sinistrado no momento do acidente?<br><input type="text"/> | 35. Tipo de trabalho<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>     |
| 36. Onde estava o Sinistrado no momento do acidente?<br><input type="text"/>                         | 36. Ambiente de trabalho<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

## CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE

|   |  |  |
|---|--|--|
| 37. Descreva pormenorizadamente o acidente mencionado, designadamente, os acontecimentos que deram origem à lesão, as substâncias, os equipamentos e ferramentas que usava.<br><input type="text"/><br><input type="text"/> |  | 37.1 Actividade do Sinistrado<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>         |
| 38. Indique o objecto próximo que conduziu à lesão, que provocou o acidente.<br><input type="text"/>  |  | 37.2 Item associado à actividade<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>      |
| 39. Descreva a tarefa que o sinistrado executava no momento do acidente.<br><input type="text"/>  |  | 37.3 Acção de desvio<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                  |
| 40. Relativamente à tarefa descrita assinala se é executada:<br><input type="checkbox"/> Habitualmente<br><input type="checkbox"/> Ocasionalmente<br><input type="checkbox"/> Outras  |  | 37.4 Item associado à acção de desvio<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 41. Indique o número de horas executadas até ao momento do acidente<br>De forma ininterrupta (sem intervalo) <input type="text"/> <input type="text"/><br>Total já executadas <input type="text"/> <input type="text"/>     |  | 38.1 Acção que conduziu à lesão<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>       |
|   |  | 38.2 Agente da lesão<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                  |

## DETALHES DA LESÃO

|   |  |  |  |  |  |   |  |  |  |                                |  |
|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--------------------------------|--|
| 42. Natureza da lesão<br><input type="checkbox"/> Contusão, ferida<br><input type="checkbox"/> Contusão e lesões internas<br><input type="checkbox"/> Ferida aberta<br><input type="checkbox"/> Amputação<br><input type="checkbox"/> Fractura exposta<br><input type="checkbox"/> Fractura fechada<br><input type="checkbox"/> Luxação, deslocamento<br><input type="checkbox"/> Entorses, rotura de ligamentos<br><input type="checkbox"/> Asfixia, inalação de gases, afogamento |  | <input type="checkbox"/> Intoxicação<br><input type="checkbox"/> Queimadura por calor ou por frio<br><input type="checkbox"/> Queimadura por produtos químicos<br><input type="checkbox"/> Efeitos de radiação<br><input type="checkbox"/> Descarga eléctrica<br><input type="checkbox"/> Lesão não diagnosticada<br><input type="checkbox"/> Outro tipo de lesão não pormenorizada, por ex.: choque, insolação, paragem cardíaca, etc.<br><input type="checkbox"/> Ignorado |  | 43. Partes do corpo atingidas<br><input type="checkbox"/> Cabeça, excepto olhos<br><input type="checkbox"/> Olhos<br><input type="checkbox"/> Pescoço<br><input type="checkbox"/> Costas, Coluna<br><input type="checkbox"/> Tórax<br><input type="checkbox"/> Abdómen<br><input type="checkbox"/> Ombro, braço, cotovelo<br><input type="checkbox"/> Antebraço, pulso |  | <input type="checkbox"/> Mão<br><input type="checkbox"/> Dedos da mão<br><input type="checkbox"/> Articulação da anca, coxa, rótula<br><input type="checkbox"/> Articulação do joelho, perna, tornozelo<br><input type="checkbox"/> Pé<br><input type="checkbox"/> Dedos do pé<br><input type="checkbox"/> Localizações múltiplas<br><input type="checkbox"/> Outras lesões |  |  |  |                                |  |
| 44. Sem ausência/ menor que 1 dia <input type="checkbox"/>  |  | de 1 a 3 dias <input type="checkbox"/>   |  | de 4 a 15 dias <input type="checkbox"/>  |  | Superior a 15 dias <input type="checkbox"/>   |  | Incapacidade permanente <input type="checkbox"/> |  | Morte <input type="checkbox"/> |  |

|   |   |   |
|---|---|---|
| Nome e Assinatura do Tomador de Seguro ou representante legal<br><input type="text"/> | Nome do responsável pelo preenchimento da Informação por parte do Tomador de Seguro ou Entidade Empregadora<br><input type="text"/> | Data de preenchimento<br><input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
|---|---|---|

# INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

## IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADO OU ENTIDADE PATRONAL

### Nº DE PESSOA COLECTIVA (campo 4)

Para as entidades a quem não se aplica a atribuição do número de pessoa colectiva ou de entidade equiparada, deve esta rúbrica 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 efectuaram 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 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.

### ESTABELECIMENTO (campo 6)

Corresponde a uma empresa ou parte de empresa (fábrica, oficina, mina, armazém, loja, entreposto, etc.) situado 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.

### 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)

#### Trabalhador por conta de outrem (campo 19.1)

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 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 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 (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 um contrato de trabalho.

#### Estagiário (campo 19.4)

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 (campo 19.5)

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).

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 Colectiva de Trabalho ou, ainda, por norma ou usos do estabelecimento, correspondente ao período para além do qual o trabalho é pago como extraordinário.

Em horário de turno (campo 20.2 e 20.3)

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 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 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 "operário".

### Salários (campo 22)

Salário base

Obrigatório preenchimento com os valores declarados à Segurança Social.

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

Inclua a remuneração paga por horas não efectuadas.

Não inclua no salário base 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 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 repita 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 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.

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, a parede ou tijolo

Campos 39 ou 40

Pretende-se saber se, no momento do acidente, o trabalhador:

- Executava uma tarefa normal (descreva-a).

- Executava uma tarefa ocasional (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 pausas previstas por 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.