

# ACIDENTES DE TRABALHO PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTE



APÓLICE

NOTA: Proposta obrigatória a todos os  
quesitos. Não preencher sombreados

N.º IDENTIFICAÇÃO ENT. SEGURADORA 1 0 1 5  
N.º IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE 2  
ANO DA OCORRÊNCIA N.º DE ORDEM

## IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADO OU ENTIDADE EMPREGADORA

3. NOME  
4. N.º DE PESSOA COLECTIVA  
5. N.º DE PESSOAS DA ENTIDADE EMPREGADORA  
6. ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO  
CÓDIGO POSTAL  
7. ACTIVIDADE PRINCIPAL DO ESTABELECIMENTO  
8. TELEF.:  
9. CONCELHO

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO

8. NOME  
9. NACIONALIDADE  
10. RESIDÊNCIA  
CÓDIGO POSTAL  
11. TEL./TLM  
NIB  
12. SEXO M F  
13. DATA DE NASCIMENTO  
ANO MÉS DIA  
14. BILHETE DE IDENTIDADE N.º  
15. DATA DE ADMISSÃO AO SERVIÇO  
ANO MÉS DIA  
16. ESTADO CIVIL  
17. TEM DEPENDENTES A CARGO? SIM NÃO SE SIM QUANTOS?  
18. SE É ADMINISTRADOR, GERENTE OU FAMILIAR DO SEGURADO, INDIQUE QUAL:  
19. SITUAÇÃO PROFISSIONAL:  
10 TRABALHADOR INDEPENDENTE COM PESSOAL AO SERVIÇO OU EMPREGADOR/SÓCIO  
21 TRABALHADOR POR CONTA DE OUTREM  
50 ESTAGIÁRIO/APRENDIZ, SEM VÍNCULO À EMPRESA  
22. SALÁRIOS, ASSINALE A PERIODICIDADE DE PAGAMENTO E INDIQUE O MONTANTE EM CADA SITUAÇÃO:  
SALÁRIO BASE MENSAL DIÁRIO HORÁRIO SUB. ALIM. MÉS HORAS EXTRA  
OUTRAS REM. / MÉS N.º MESES / ANO  
23. NO CASO DE SE VERIFICAR ALGUMA DAS SEGUINTE SITUACÕES, 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 N/ QUAL.  
24. DESDE QUANDO AUFERE O SALÁRIO CITADO ANO MÉS DIA  
25. HORÁRIO PRATICADO PELO SINISTRADO NO MOMENTO DO ACIDENTE  
1. EM PERÍODO NORMAL  
2. EM TURNO FIXO  
3. EM TURNO ROTATIVO  
4. OUTRO HORÁRIO  
26. PROFISSÃO  
27. ESPECIFIQUE:  
28. SALÁRIOS, ASSINALE A PERIODICIDADE DE PAGAMENTO E INDIQUE O MONTANTE EM CADA SITUAÇÃO:  
SALÁRIO BASE MENSAL DIÁRIO HORÁRIO SUB. ALIM. MÉS HORAS EXTRA  
OUTRAS REM. / MÉS N.º MESES / ANO  
29. NO CASO DE SE VERIFICAR ALGUMA DAS SEGUINTE SITUACÕES, 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 N/ QUAL.  
30. DESDE QUANDO AUFERE O SALÁRIO CITADO ANO MÉS DIA

## DADOS DO ACIDENTE

25. DATA E HORA DO ACIDENTE  
Ano Més Dia Hora (das 0 às 24 horas)  
26. DATA E HORA EM QUE DEIXOU DE TRABALHAR EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE  
Ano Més Dia Hora (das 0 às 24 horas)  
27. SE O ACIDENTE NÃO OCORREU NO ESTABELECIMENTO INDIQUE:  
1. EM SERVIÇO NO EXTERIOR DO ESTABELECIMENTO  
2. NO TRAJECTO RESIDÊNCIA TRABALHO OU VICE-VERSA  
LOCAL LUGAR (NOME PROPRIEDADE CASO DE SEGURO AGRÍCOLA) CONCELHO FREGUESIA  
28. QUEM PRESTOU OS 1.ºS SOCORROS LOCALIDADE  
29. FICOU HOSPITALIZADO? SIM NÃO  
30. SE, SIM; ESTABELECIMENTO HOSPITALAR  
31. O ACIDENTE FOI DE VIAÇÃO? SIM NÃO  
32. SE RESPONDEU SIM À QUESTÃO 31. E SE O ACIDENTE FOI DA RESPONSABILIDADE DE TERCEIROS, INDIQUE: NOME E MORADA DO RESPONDÁVEL  
MATRÍCULA DO VEÍCULO NÚMERO DA APÓLICE SEGURADORA  
SE HOUVER INTERVENÇÃO DA AUTORIDADE, ESPECIFIQUE  
TESTEMUNHA - NOME CONTACTO  
TESTEMUNHA - NOME CONTACTO  
TESTEMUNHA - NOME CONTACTO

## 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)  
36. ONDE ESTAVA O SINISTRADO NO MOMENTO DO ACIDENTE (EX.: NO INTERIOR DE UM EDIFÍCIO, NO SUBSOLO)  
37. ESCREVA A TAREFA QUE O SINISTRADO EXECUTAVA NO MOMENTO DO ACIDENTE (VER INSTRUÇÕES)  
38. ASSINALE A SITUAÇÃO CORRESPONDENTE À TAREFA DESCRITA:  
1. A HABITUALMENTE EXERCIDA  
2. OCASIONALMENTE EXERCIDA  
3. OUTRA SITUAÇÃO  
39. INDIQUE O N.º DE HORAS EXECUTADAS ATÉ AO MOMENTO DO ACIDENTE: 1. DE FORMA ININTERRUPTA (S/ INTERVALO) 2. TOTAL JÁ EXECUTADAS

## CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE

40. 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.)

## DETALHES DA LESÃO

43. PARTE DO CORPO ATINGIDA MORTE  
NOME E ASSINATURA DO SEGURADO OU LEGAL REPRESENTANTE NOME DO RESPONSÁVEL DA INFORMAÇÃO POR PARTE DO SEGURADO OU DA ENTIDADE EMPREGADORA

DATA DE PREENCHIMENTO

Mod. 210247