



TRANQUILIDADE

Sociedade Anónima • Capital Social : € 135.000.000
Reg. C.R.C. de Lisboa N.º 640 • Contr. N.º 500940231

S E D E - Av. da Liberdade, 242 - Apartado 2956 - 1124-802 LISBOA

PORTO - Rua D. Manuel II, 290 - Apartado 4047 - 4001-809 PORTO

Tel: 707 240 707* - Fax: 213 584 257

*(8h45/21h - dias úteis; Assistência 24h - 7 dias / semana)

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO DE ACIDENTES DE TRABALHO

Data de Entrada

VISTO

RAMO
ACIDENTES
DE TRABALHO

APÓLICE N.º (Elemento obrigatório)

IDENTIFICAÇÃO ENT. SEGURADORA

1. 0 0 3 7

N.º IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE

2. Ano N.º de ordem da ocorrência

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADO OU ENTIDADE EMPREGADORA

3. Nome _____ 6. _____

4. N.º de Pessoa Colectiva _____ 5. N.º de Pessoas ao Serviço da Entidade Empregadora _____ 7. _____

6. Endereço do Estabelecimento _____ Telef. _____

Cód. Postal _____ Distrito _____ Concelho _____

7. Actividade Principal do Estabelecimento _____

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO

8. Nome _____ 9. Nacionalidade _____ 9.

10. Residência _____ Telef. _____ Cód. Postal _____

11. Naturalidade _____ Freguesia _____ Concelho _____ 12. Sexo M F 13. Data de Nascimento _____ Ano _____ Mês _____ Dia _____

14. Bilhete de Identidade _____ 15. Data de Admissão ao Serviço _____ 16. Estado Civil _____ 17. Tem Dependentes a Cargo? SIM NÃO 18. Se é Administrador, Gerente ou Familiar do Segurado, indique qual: _____

19. Situação Profissional: _____ 20. Horário praticado pelo sinistrado no momento do Acidente: _____

1. Trabalhador por conta de outrem 4. Estagiário 1. Em período normal

2. Trabalhador por conta própria ou empregador 5. Praticante/Aprendiz 2. Em turno fixo

3. Familiar não remunerado 6. Outra situação 3. Em turno rotativo

Especifique: _____ 4. Outro horário

21. Profissão _____ 21. _____

22. Salários, assinale a periodicidade de pagamento e indique o montante em cada situação: Salário base _____ mensal diário horário

Sub. Alm./mês _____ Outras remun./mês _____ N.º meses/ano _____ Subsídio Férias _____ Subsídio Natal _____ Salário Líquido _____

23. No caso de se verificar alguma das seguintes situações, indique o montante de salários \Rightarrow Se o salário não for REGULAR, indique a MÉDIA DOS ÚLTIMOS 12 MESES

24. Desde quando auferir o salário citado _____ Se o Sinistrado for APRENDIZ OU TIROCINANTE, indique o SALÁRIO MÉDIO DOS OFICIAIS DA MESMA CATEGORIA

Ano _____ Mês _____ Dia _____ Se o Sinistrado for MENOR (de 18 anos) e não for aprendiz ou tirocinante, indique o SALÁRIO MÉDIO DE TRABALHADOR MAIOR

N.º QUALIFICADO _____

IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE

25. Data e hora do acidente _____ 26. Data e hora em que deixou de trabalhar em consequência do acidente _____

27. Se o acidente não ocorreu no estabelecimento indique \Rightarrow 1. Em serviço no exterior do estabelecimento 2. No trajecto residência/trabalho ou vice versa

Local _____ Lugar (nome da propriedade - caso de seguro agrícola) _____ Concelho _____ Freguesia _____

28. Quem prestou os primeiros socorros: _____ Localidade _____ 29. Ficou hospitalizado? SIM NÃO

30. Se Sim, Estabelecimento Hospitalar _____ 31. Número total de vítimas do acidente _____ 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 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. _____

36. Onde estava o sinistrado no momento do acidente (ex: no interior do edifício, no subsolo) _____ 36. _____

35. _____ Tipo de trabalho

36. _____ 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.) _____

38. Indique o objecto próximo que provocou o acidente e conduziu à lesão _____

39. Descreva a tarefa que o sinistrado executava no momento do acidente (ver instruções) _____

40. Assinale a situação correspondente à tarefa descrita 1. A habitualmente exercida 2. Ocasionalmente exercida 3. Outra situação

41. Indique o número de horas executadas até ao momento do acidente 1. De forma ininterrupta (sem intervalo) _____ 2. Total já executadas _____

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 _____ 42. _____ 43. Parte do corpo atingida _____ 43. _____

CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE À DATA DA DECLARAÇÃO

44. 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 _____ Nome do responsável pelo preenchimento da informação por parte do Segurado ou da Entidade Empregadora _____ Data de preenchimento _____

A PREENCHER COMPLETAMENTE PELO SEGURADO, COM EXCEÇÃO DAS ZONAS SOMBREADAS