

A preencher completamente pelo Tomador do Seguro

Identificação do Tomador do Seguro ou Entidade Empregadora		Zona Reservada	
Apólice		1. N.º Identificação Entidade Seguradora	
		2. N.º Identificação do Acidente	
		Zona Reservada	
3. Nome		6.	
4. N.º de Pessoa Colectiva		5. N.º de Pessoas ao Serviço da Entidade Empregadora	
6. Endereço do Estabelecimento		Telefone	
Cód. Postal		Concelho	
7. Actividade Principal do Estabelecimento		N.º Contribuinte	

Identificação do Sinistrado		Zona Reservada	
8. Nome		9. Nacionalidade	
10. Residência		Código Postal	
6. Endereço do Estabelecimento		Telefone	
11. Naturalidade		12. Sexo	
13. Data Nasc.		16. Estado civil	
14. Bilhete de Identidade		15. Data de admissão ao serviço	
17. Tem dependentes a cargo		18. Se é administrador, gerente ou familiar do Tomador do Seguro, indique qual:	
19. Situação Profissional:		20. Horário praticado pelo sinistrado no momento do acidente:	
<input type="checkbox"/> 1. Trabalhador por conta de outrem <input type="checkbox"/> 2. Trabalhador por conta própria ou empregador <input type="checkbox"/> 3. Trabalhador não remunerado (*) Especifique _____		<input type="checkbox"/> 1. Em período normal <input type="checkbox"/> 2. Em turno fixo <input type="checkbox"/> 3. Em turno rotativo <input type="checkbox"/> 4. Outro horário	
21. Profissão		Zona Reservada	
22. Salários:		21.	
Salário Base €		Subsídio Alim./mês €	
Outras remun./mês €		N.º meses/ano	
Subs. de Férias €		Subs. de Natal €	
23. No caso de se verificar algumas das seguintes situações, indique o montante de salários:		Salário Líquido €	
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 valor médio de trabalhador não qualificado		€	
24. Desde quando aufero o salário citado		N.I.F.	
N.º Benef. Seg. Social		Telefone	
N.I.B.		(Necessário para o pagamento de indemnizações)	

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:	
Local	Concelho
	Freguesia

20 00 06 00 00 00 07 01

WEBDOC PSAT_08.07

Identificação do Acidente

28. Quem prestou os primeiros socorros: _____ Localidade _____ 29. Ficou hospitalizado? Não Sim

30. Se SIM, indique o Estabelecimento Hospitalar _____ 31. N.º total de vítimas do acidente _____ 32. O acidente foi de aviação? Não Sim

33. O sinistrado deslocava-se em veículo motorizado de 2 ou 4 rodas? Não Sim

34. Se respondeu SIM à questão 32., e se o acidente foi responsabilidade de terceiros, indique:
Nome e Morada do responsável _____

Matrícula do veículo _____ Número de apólice _____ Seguradora _____

34.1. Se houver intervenção de autoridade especifique _____

Tipo e Ambiente de Trabalho

35. Que tipo de trabalho estava o sinistrado a fazer no momento do acidente _____

36. Onde estava o sinistrado no momento do acidente _____

Zona Reservada

35. _____
Tipo de trabalho

36. _____
Actividade de trabalho

Circunstâncias do Acidente

37. Descreva pormenorizadamente o acidente _____

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

39. Descreva a tarefa que o sinistrado executava no momento do acidente _____

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. Tarefas executadas _____

Zona Reservada

37.1. _____
Actividade da Vítima

37.2. _____
Item associado à actividade

37.3. _____
Acção de desvio

37.4. _____
Item associado à acção de desvio

37.5. _____
Acção que conduziu à lesão

37.6. _____
Agente da lesão

Detalhes da Lesão

42. Indique a natureza da lesão: _____ Zona Reservada 42. _____

43. Parte do corpo atingida: _____ Zona Reservada 43. _____

Testemunhas

43. Nome _____ Profissão _____

Morada _____ Telefone _____

Nome _____ Profissão _____

Morada _____ Telefone _____

Consequência 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 Tomador do Seguro ou legal representante

Nome do responsável pelo preenchimento da informação por parte do Tomador do Seguro ou Entidade Empregadora

Data de Preenchimento

**INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO
(DEC.-LEI 362/93 DE 15/10/93 E PORTARIA 137/94 DE 09/03/94)
TODOS OS ITENS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DO SEGURO 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 de 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, efectuaram qualquer trabalho remunerado, de pelo menos uma hora, para a empresa, independentemente do vínculo que tinham, incluía portanto os sócios gerentes, cooperantes e familiares que trabalham na data de referência, tendo recebido por esse trabalho uma remuneração.

No caso de unidades abrangidas pelo seguro agrícola incluía também os trabalhadores familiares não remunerados.

Se a entidade empregadora for utilizadora de trabalhadores cedidos temporariamente por outra entidade patronal, não incluía estes trabalhadores.

Incluía 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.

Incluía também os trabalhadores de outras empresas que se encontram a trabalhar na empresa sendo aí directamente remunerados.

Excluía os trabalhadores a cumprir o serviço militar, em regime de licença sem vencimento, em desem-penho 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 descolados 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.) situada num local topograficamente identificado. Nesse local ou a partir dele, exercem-se activi-dades 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 demonstração 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 do preenchimento da participação de acidentes 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 empre-sa 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.

Familiar não remunerado (campo 19.3): indivíduo que exerce uma actividade independente na empresa explorada por um familiar não sendo, contudo, seu associado ou 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 os usos do estabelecimento, correspondendo 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 máquinas 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 correspondente às horas normais de trabalho.

Incluía a remuneração paga por horas não efectuadas.

Não incluía no salário base quaisquer prémios, subsídios, diuturnidade ou gratificações.

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

TIPO DE AMBIENTE DE TRABALHO

Tipo de trabalho (campo 35)

Exemplos: Um trabalhadora 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.

Ambiente de trabalho (campo 36): 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.

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?

- O que aconteceu de errado no momento do acidente e que ferramentas e 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 ou tijolo.

Campos 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. 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.

DETALHES DE LESÃO (campo 42)

Natureza da lesão

- | | |
|--|---|
| ▪ Contusão, ferida | ▪ Intoxicação |
| ▪ Concussões | ▪ Queimaduras por calor ou frio |
| ▪ Concussões e lesões internas | ▪ Queimaduras por produtos químicos |
| ▪ Ferida aberta | ▪ Efeitos de radiação |
| ▪ Amputação | ▪ Descarga eléctrica |
| ▪ Fractura exposta | ▪ Lesão não diagnosticada |
| ▪ Fractura fechada | ▪ Outro tipo de lesão não pormenorizada por ex. choque, insolação, paragem cardíaca, etc. |
| ▪ Luxação, deslocamento | |
| ▪ Entorses, rotura de ligamentos | |
| ▪ Asfixia, inalação de gases, afogamento | |

(Campo 43)

Partes do corpo atingidas

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

Informações Adicionais sobre o Sinistrado
(só preencher em caso de morte)

Nome do Pai _____ Nome da Mãe _____

Nome do Cônjuge _____ Idade _____

Morada _____

Filhos até 18 anos ou 21 anos a frequentar o Ensino Médio ou 24 a frequentar o Ensino Superior

N.º de Filhos _____ Nome(s) _____

_____ Idade(s) _____

Ascendentes ou parentes sucessíveis nas condições atrás citadas para os filhos, cuja alimentação esteja a cargo do sinistrado

Nome(s) _____

Idade(s) _____ Grau de Parentesco _____

WEBDOC PSAT 08.07