



GENERALI
Acidentes de Trabalho

Participação de Sinistros

Acidentes de Trabalho

Enviar a Participação para

DGS - Direcção de Gestão de Sinistros
Rua Duque de Palmela, 11 - 1269-270 LISBOA



CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE

25. Data e hora do acidente (das 0 às 24h.)
 • • H M

26. Data e hora em que deixou de trabalhar em consequência do acidente (das 0 às 24h.)
 • • H M

27. Se o acidente não ocorreu no estabelecimento, indique:
 1 - Em serviço no exterior
 2 - No trajecto residência-trabalho-residência

Local do Acidente (se ocorrido no exterior) _____
 Concelho _____

28. Quem prestou os primeiros socorros _____
 Localidade _____

29. Ficou hospitalizado
 Sim Não

30. Estabelecimento hospitalar (em caso de hospitalização) _____
 31. N.º Total de vítimas

32. Acidente de viação?
 Sim Não

33. Veículo de duas rodas?
 Sim Não

34. Se o Acidente foi da responsabilidade de terceiros, indique (preencher Segurado, Apólice e Matrícula se for de viação e juntar cópia da Declar. Amigável)
 Nome _____ Seguradora _____
 Morada _____ Localidade _____
 Código Postal • N.º de Apólice do terceiro _____ Matrícula _____

34.1. Se houve intervenção de autoridade, especifique.

TESTEMUNHAS

Nome₁ _____ Telefone _____
 Nome₂ _____ Telefone _____

TIPO E AMBIENTE DE TRABALHO

35. Que tipo de trabalho estava a fazer o Sinistrado no momento do acidente?

36. Onde estava o Sinistrado no momento do acidente?

35. Tipo de trabalho

36. Ambiente de trabalho

CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE

37. Descreva pormenorizadamente o acidente mencionado, designadamente os acontecimentos que deram origem à lesão, mencionando as substâncias, os equipamentos e ferramentas que usava.

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. Relativamente à tarefa descrita assinale se é executada:
 Habitualmente
 Ocasionalmente
 Outras

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

37.1. Actividade do Sinistrado

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. Natureza da lesão

<input type="checkbox"/> Contusão, ferida	<input type="checkbox"/> Intoxicação
<input type="checkbox"/> Concussão e lesões internas	<input type="checkbox"/> Queimadura por calor ou por frio
<input type="checkbox"/> Ferida aberta	<input type="checkbox"/> Queimadura por produtos químicos
<input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Efeitos de radiação
<input type="checkbox"/> Fractura exposta	<input type="checkbox"/> Descarga eléctrica
<input type="checkbox"/> Fractura fechada	<input type="checkbox"/> Lesão não diagnosticada
<input type="checkbox"/> Luxação, Deslocamento	<input type="checkbox"/> Outro tipo de lesão não pormenorizada por ex.: choque, insolação paragem cardíaca, etc.
<input type="checkbox"/> Entorses, rotura de ligamentos	<input type="checkbox"/> Ignorado <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Asfixia, inalação de gases, afogamento	

43. Partes do Corpo atingidas

<input type="checkbox"/> Cabeça, excepto olhos	<input type="checkbox"/> Mão
<input type="checkbox"/> Olhos	<input type="checkbox"/> Dedos da Mão
<input type="checkbox"/> Pescoço	<input type="checkbox"/> Articulação da anca, coxa, rótula
<input type="checkbox"/> Costas, coluna	<input type="checkbox"/> Articulação do joelho, perna, tornozelo
<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Pé
<input type="checkbox"/> Abdómen	<input type="checkbox"/> Dedos do Pé
<input type="checkbox"/> Ombro, braço, cotovelo	<input type="checkbox"/> Localizações múltiplas
<input type="checkbox"/> Antebraço, pulso	<input type="checkbox"/> Outras Lesões <input type="text"/> <input type="text"/>

44. Sem ausência / menor que 1 dia de 1 a 3 dias de 4 a 14 dias Superior a 14 dias Incapacidade permanente Morte

Nome e Assinatura do Segurado ou representante legal _____
 Nome do responsável pelo preenchimento da informação por parte do Segurado ou Entidade Empregadora _____
 Data do Preenchimento • •

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADO OU ENTIDADE EMPREGADORA**N.º DE PESSOA COLECTIVA (campo 4)**

Para as entidades a que se aplica a atribuição do número de pessoa colectiva ou da 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. Inclua, portanto, os sócios gerentes, cooperantes e familiares que trabalham na data da 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 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 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 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 22)

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.

CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE**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 praticamente 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 de 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.

DETALHES DA LESÃO (Campo 42)

Natureza da lesão – Assinale-a utilizando a seguinte classificação:

Contusão, ferida/ concussões e lesões internas/ ferida aberta/ amputação/ fractura exposta/ fractura fechada/ luxação, deslocamento/ entorses, rotura de ligamentos/ asfixia, inalação de gases, afogamento/ intoxicação/ queimadura por calor ou por frio/ queimadura por produtos químicos/ efeitos de radiações/ descarga eléctrica/ lesão não diagnosticada/ outro tipo de lesão não pormenorizado, por ex: choque, insolação, paragem cardíaca, etc./ ignorado.

Campo 43

Partes do corpo atingidas – Assinale-a(s) utilizando a seguinte classificação: Cabeça, excepto os olhos/ olhos/ pescoço/ costas, coluna/ tórax/ abdómen/ ombro, braço, cotovelo/ antebraço, pulso/ mão/ dedos da mão/ articulação da anca, coxa, rótula/ articulação do joelho, perna, tomozelo/ pé/ dedos do pé/ localizações múltiplas/ outras lesões.