



TREVO
• SEGUROS •
Tomamos conta!

ACIDENTES DE TRABALHO - PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

Apólice N.º

Sinistro N.º

Data de participação

dia mês ano

IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR / ENTIDADE EMPREGADORA

Empresa					
N.º Pessoa Colectiva		Pessoas ao Serviço			
Rua			Telefone		
Município		Cidade		Bairro	
Contacto da empresa		Provincia			
	Actividade Principal do Estabelecimento				

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO

Nome do Sinistrado				Sexo	M ☐	F ☐
N.º Empregado		Contribuinte n.º (obrigatório)				
B.I.		Data B.I.		Data de Nascimento		
E-mail		Telefone		Nacionalidade		
Rua				Bairro		
Município		Cidade		Provincia		
IBAN	A O 0 6					
N.º Beneficiário/Seg. Social		Data de Admissão ao Serviço				
Estado Civil		Tem Dependentes a cargo?	SIM ☐	NÃO ☐	Departamento onde trabalha habitualmente	
Indique se, em relação ao segurado é:	Administrador ☐	Gerente ☐	Familiar ☐	Outro		

Situação Profissional

☐ Trabalhador por conta de outrem	☐ Trabalhador por conta própria/empregador	☐ Estagiário
☐ Praticante / Aprendiz	☐ Familiar não remunerado	☐ Outro

Horário praticado pelo sinistrado no momento do acidente

☐ Em período normal	☐ Em turno fixo	☐ Em turno rotativo	☐ Outro
Profissão			

Indique as remunerações (montantes e periodicidade)

Salário base		AKZ	Mensal	☐	Diário	☐	Horário	☐	Subsídio de alimentação/Mês		AKZ
Outras remunerações Mês/Qual?		AKZ	Subsídio de férias		AKZ						
Outras remunerações Mês/Qual?		AKZ	Subsídio de natal		AKZ						
Outras remunerações Mês/Qual?		AKZ	Salário Líquido		AKZ	N.º meses por ano					

No caso de se verificar alguma das seguintes situações, indique o montante dos salários

Se o salário não for regular, indique a média dos últimos 12 meses		AKZ
Se o sinistrado for aprendiz indique o salário médio dos oficiais da mesma categoria		AKZ
Se o sinistrado for menor (18 anos) e não for aprendiz, indique o salário médio de trabalhador médio não qualificado		AKZ

Desde quando auferir o salário citado

dia mês ano

Se teve algum acidente nos últimos 24 meses indique a data

dia mês ano

CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE

Data e hora do acidente

dia

mês

ano

Horas

:

(das 0 às 24h)

Data e hora em que deixou de trabalhar por causa do acidente

dia

mês

ano

Horas

:

(das 0 às 24h)

Se o acidente não ocorreu no estabelecimento, indique:

Em serviço no exterior

No trajecto residência-trabalho-residência

Local do Acidente

Quem prestou os primeiros socorros?

Provincia

Ficou hospitalizado?

SIM

Não

Estabelecimento hospitalar (se for o caso)

N.º Total de vítimas

Acidente de viação?

SIM

Não

Se o acidente foi da responsabilidade de terceiros, indique (preencher Segurado, Apólice e Matricula se for de viação juntar cópia de participação de sinistro)

Nome

Seguradora

Rua

Provincia

Cidade

Número de Apólice do terceiro

Matrícula

Se houve intervenção de autoridade, especifique

Testemunhas

Nome

Telefone

Nome

Telefone

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

Onde estava o Sinistrado no momento do acidente?

Circunstâncias do Acidente

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

Indique o objecto próximo que conduziu à lesão, que provocou o acidente

Descreva a tarefa que o sinistrado executava no momento do acidente

Relativamente a tarefa descrita assinala se é executada:

Habitualmente

Ocasionalmente

Outras

Indique o n.º de horas executadas até ao momento do acidente:

Sem intervalo

:

Total já executadas

:

Detalhes da Lesão

Natureza da lesão

Partes do Corpo atingidas

Contusão, ferida

Intoxicação

Cabeça, excepto olhos

Mão

Concussão e lesões internas

Queimadura por calor ou frio

Olhos

Dedos da Mão

Ferida aberta

Queimadura por produtos químicos

Pescoço

Articulação da anca, coxa, rótula

Amputação

Efeitos de radiação

Costas, coluna

Articulação do joelho, perna, tornozelo

Fractura exposta

Descarga eléctrica

Tórax

Pé

Fractura fechada

Lesão não diagnosticada

Abdómen

Dedos do pé

Luxação, Deslocamento

Outro tipo de lesão não pormenorizada, por ex.: insolação, choque, paragem cardíaca, etc.

Ombro, braço, cotovelo

Localizações múltiplas

Entorses, rotura de ligamentos

Asfixia, inalação de gases, afogamento

Antebraço, pulso

Outras Lesões

Sem ausência/menor que 1 dia

De 1 a 3 dias

De 4 a 14 dias

Superior a 14 dias

Incapacidade permanente

Morte

Nome, Assinatura e carimbo do Segurado ou representante legal

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

Data do Preenchimento