



Av. Fontes Pereira de Melo, nº 6 - 11º 1069-001 Lisboa Fax: 21 355 33 00
Centro de Contacto Liberty Seguros:
808 243 000 / +351 213 124 300 (no estrangeiro)
Atendimento Personalizado das 9h às 17h, todos os dias úteis
Atendimento Permanente 24 horas por dia, 365 dias por ano
<http://www.libertyseguros.pt>

**Em caso de acidente contacte
Linha de Assistência Clínica
800 505 112
GRATUITO**

Participação de Acidente - Acidentes de Trabalho

**Envio de participação:
Fax 213 553 323**

E-mail: sinistros@libertyseguros.pt

NÃO DRENNER ZONA DE COB

OS PRÓPRIOS SINISTRADOS (PEC - HEI 362/93 DE 15 DE OUTUBRO)

PREENCHIMENTO DAS PARTICIPAÇÕES DE ACIDENTES DE TRABALHO CABE ÀS ENTIDADES

APÓLICE | 6 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADO OU ENTIDADE EMPREGADORA

3. NOME	Pinto Sociedade Mediação de Seguros, Lda										6.	_____								
4. N.º DE PESSOA COLECTIVA	5	0	3	9	5	4	6	4	0					7.	_____					
5. N.º DE PESSOAS AO SERVIÇO DA ENTIDADE EMPREGADORA											5									
6. ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO	Rua Luis Augusto Albino - Ed Varzea, Lj B										TELEF.	2	6	1	3	3	0	3	3	0
CÓDIGO POSTAL	2	5	6	0	6	8	3	Torres Vedras			DIST.	Lisboa		CONCELHO	Torres Vedras					
7. ACTIVIDADE PRINCIPAL DO ESTABELECIMENTO	Mediação seguros										E-mail	geral@pintoseguros.com								

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO

8. NOME	Eduardo Assis			N.º EMPREGADO				
9. NACIONALIDADE	Portuguesa			TELEFONE / TLM:	9 1 1 1 1 1 1 1 1			
10. RESIDÊNCIA	Rua Luis Augusto Albino, Nº			CÓDIGO POSTAL	2 5 6 0 6 8 3			
E-MAIL:	eduardo.assis@pintoseguros.com			NIB:	0 0 9 9 0 0 9 9 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1 1			
11. NATURALIDADE	São Pedro e Santiago	FREGUESIA	Torres Vedras	CONCELHO	12. SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	
13. DATA DE NASCIMENTO	1 9 7 0 0 1 0 1	ANO	MÊS	DIA	14. B.I.; I.D. OU PASSAPORTE SE ESTRANGEIRO	2 2 2 3 3 3 3		
N.º CONTRIBUINTE	2 0 0 2 0 1 2 0 2	15. DATA ADMISSÃO AO SERVIÇO	2 0 0 0 0 1 0 1	ANO	MÊS	DIA	16. ESTADO CIVIL	Casado
17. TEM DEPENDENTES A CARGO?	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	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 OUTRÉM	<input checked="" type="checkbox"/>							
2. TRABALHADOR POR CONTA PRÓPRIA OU EMPREGADOR	<input type="checkbox"/>							
3. FAMILIAR NÃO REMUNERADO	<input type="checkbox"/>							
4. ESTAGIÁRIO	<input type="checkbox"/>							
5. PRATICANTE / APRENDIZ	<input type="checkbox"/>							
6. OUTRA SITUAÇÃO	<input type="checkbox"/>							
ESPECIFIQUE								
21. PROFISSÃO	Empregado Escritório							
22. SALÁRIOS, ASSINALE A PERIODICIDADE DE PAGAMENTO E INDIQUE O MONTANTE EM CADA SITUAÇÃO:								
SALÁRIO BASE	500 €	MENSAL <input checked="" type="checkbox"/>	DIÁRIO <input type="checkbox"/>	HORÁRIO <input type="checkbox"/>	SUB. ALIM./MÊS/DIA	110 €	SUBSÍDIO FÉRIAS	500 €
OUTRAS REM. / MÊS	N.º MESES / ANO				SUBSÍDIO NATAL	500 €	SALÁRIO LÍQUIDO	
23. NO CASO DE SE VERIFICAR ALGUMA DAS SEGUINTE SITUAÇÕES, INDIQUE O MONTANTE DOS 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 APRENDIZ OU TIROCINANTE, INDIQUE O SALÁRIO MÉDIO DE UM TRABALHADOR MAIOR N/QUALIFICADO	€							
SE O SINISTRADO SOFREU ALGUM ACIDENTE NOS ÚLTIMOS 24 MESES, INDIQUE A DATA	ANO	2 0 1 3	MÊS	0 1	DIA	0 1		
24. DESDE QUANDO AUFERE O SALÁRIO CITADO	ANO	2 0 1 3	MÊS	0 1	DIA	0 1		

DADOS DO ACIDENTE

25. DATA E HORA DO ACIDENTE	2	0	1	4	0	3	0	1	16:00	
ANO		MÊS		DIA						
26. DATA E HORA EM QUE DEIXOU DE TRABALHAR EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE	2	0	1	4	0	3	0	1	16:00	
ANO		MÊS		DIA						
27. SE O ACIDENTE NÃO OCORREU NO ESTABELECIMENTO INDIQUE:	1. EM SERVIÇO NO EXTERIOR DO ESTABELECIMENTO <input checked="" type="checkbox"/>									
2. NO TRAJETO RESIDÊNCIA TRABALHO OU VICE-VERSA	<input type="checkbox"/> LOCAL _____ LUGAR (NOME DA PROPRIEDADE CASO DE SEGURO AGRÍCOLA) FREGUESIA _____ CONCELHO _____									
28. QUEM PRESTOU 1 ^{os} SOCORROS	Centro Hospitalar Torres Vedras									
29. QUEM PRESTOU 1 ^{os} SOCORROS	LOCALIDADE _____									
30. FICOU HOSPITALIZADO? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	31. SE SIM, INDIQUE O ESTABELECIMENTO HOSPITALAR _____									
31. NÚMERO TOTAL DE VÍTIMAS DO ACIDENTE	1	32. O ACIDENTE FOI DE VIAÇÃO? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>								
33. O SINISTRADO DESLOCAVA-SE EM VEÍCULO MOTORIZADO DE 2 RODAS?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>									
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 DA APÓLICE _____ SEGURADORA _____									
SE HOUVE INTERVENÇÃO DA 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)? Trabalho administrativo	35.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TIPO DE TRABALHO
36. ONDE ESTAVA O SINISTRADO NO MOMENTO DO ACIDENTE (EX.: NO INTERIOR DE UM EDIFÍCIO, NO SUBSOLO)? No interior do edifício	36.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.) O funcionário estava a abrir o correio com um x-acto, e fez um corte no dedo indicador da mão direita.	37.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ACTIVIDADE DA VÍTIMA
38. INDIQUE O OBJECTO PRÓXIMO QUE CONDUZIU À LESÃO E PROVOCOU O ACIDENTE x-acto	37.2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ITEM ASSOCIADO À ACTIVIDADE
39. DESCREVA A TAREFA QUE O SINISTRADO EXECUTAVA NO MOMENTO DO ACIDENTE (VER INSTRUÇÕES) Tarefa normal	37.3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ACÇÃO DE DESVIO
40. ASSINALE A SITUAÇÃO CORRESPONDENTE À TAREFA DESCrita: 1. HABITUALMENTE EXERCIDA <input checked="" type="checkbox"/> 2. OCASionalmente EXERCIDA <input type="checkbox"/> 3. OUTRA SITUAÇÃO <input type="checkbox"/>	37.4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ITEM ASSOCIADO À ACÇÃO DE DESVIO
41. INDIQUE O N. ^o DE HORAS EXECUTADAS ATÉ AO MOMENTO DO ACIDENTE: 1. DE FORMA ININTERRUPTA (S/INTERVALO) <input type="checkbox"/> 2 2 2. TOTAL JÁ EXECUTADAS <input type="checkbox"/> 6	38.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ACÇÃO QUE CONDUZIU À LESÃO
	38.2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AGENTE DA LESÃO

DETALHES DA LESÃO

42. INDIQUE CONFORME INSTRUÇÕES:NATUREZA DA LESÃO	Corte	43. PARTE DO CORPO ATINGIDA
---	--------------	-----------------------------

CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE À DATA DA DECLARAÇÃO

43. SEM AUSÊNCIA / AUSÊNCIA MENOR QUE 1 DIA <input checked="" type="checkbox"/>	AUSÊNCIA DE 1 A 3 DIAS <input type="checkbox"/>	AUSÊNCIA DE 4 A 14 DIAS <input type="checkbox"/>	AUSÊNCIA ESPERADA DE MAIS DE 14 DIAS <input type="checkbox"/>	INCAPACIDADE PERMANENTE <input type="checkbox"/>	MORTE <input type="checkbox"/>
--	--	---	--	---	--------------------------------

NOME E ASSINATURA DO SEGURODO OU LEGAL REPRESENTANTE

A gerência

AUTENTICAR COM CARIMBO SE SE TRATAR DE ENTIDADE COLECTIVA

Liberty Seguros, S.A.

Pessoa Colectiva matriculada na Cons. Reg. Comercial de Lisboa sob o número único 500 068 658

Capital Social € 26.548.290,69

DATA DO PREENCHIMENTO **1** / **Março** / **2014**

NOME DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA INFORMAÇÃO POR PARTE DO SEGURODO
OU DA ENTIDADE EMPREGADORA

Responsável de recursos humanos

Participação de Acidente - Acidentes de Trabalho

Identificação do Segurado ou Entidade Empregadora	<p>N.º de Pessoa Colectiva (campo 4)</p> <p>Para as entidades a que não se aplica a atribuição do número de pessoa colectiva ou entidade equiparada, deve esta rubrica ser preenchida com o número de contribuinte de pessoa singular.</p>	<p>independentemente uma profissão ou ofício, tendo ou não pessoal ao serviço. 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.</p>
	<p>Pessoas ao serviço da entidade empregadora (empresa ou equiparada) (campo 5)</p> <p>Considere todas as pessoas que, no mês em que ocorreu o acidente, efetuaram qualquer trabalho remunerado, de pelo menos uma hora, para a empresa independentemente do vínculo que tinham.</p>	<p>Familiar não remunerado (campo 19.3)</p> <p>Indivíduo que exerce uma actividade independente na empresa explorada por um familiar não sendo, contudo, seu associado e sem estar vinculado por contrato de trabalho.</p>
	<p>Inclua portanto os sócios gerentes, cooperantes e familiares que trabalharam na data de referência, tendo recebido por essa trabalho uma remuneração. No caso de unidades abrangidas pelo seguro agrícola inclua também os trabalhadores familiares não remunerados.</p>	<p>Estagiário (campo 19.4)</p> <p>Trabalhador por conta de outrém, com preparação teórica, que se encontra em fase de formação profissional para as funções ligadas à profissão que pretende exercer.</p>
	<p>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 diretamente remunerados.</p> <p>Exclua os trabalhadores a cumprir serviço militar, em regime de licença sem vencimento, em desempenho de cargos políticos (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 directamente remunerados.</p>	<p>Praticante Aprendiz (campo 19.5)</p> <p>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).</p>
	<p>Estabelecimento (campo 6)</p>	<p>Horário praticado pelo sinistrado no momento do acidente (campo 20)</p>
	<p>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 actividades económicas para as quais, regra geral, uma ou várias pessoas trabalham por conta de uma mesma empresa.</p>	<p>Em período normal (campo 20.1)</p>
	<p>Atividade principal (campo 7)</p>	<p>É o horário fixado por lei ou instrumento de Regulamentação Coletiva de Trabalho ou, ainda, por norma ou usos do estabelecimento, correspondendo ao período para além do qual o trabalho é pago como extraordinário.</p>
		<p>Em horário de turno (campo 20)</p>
		<p>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.</p>
		<p>Turno fixo - Trabalho por turnos em que as equipas são fixas sempre no mesmo período do dia ou da noite.</p>
		<p>Turno rotativo - Trabalho por turnos em que as equipas alternam o período de trabalho.</p>
		<p>Profissão (campo 21)</p>
		<p>Indique o mais pormenorizadamente possível seguindo sempre que possível a Classificação Nacional de Profissões em vigor.</p>
		<p>Não se limite a indicar “Aprendiz”, “Operador de máquina”.</p>
		<p>Complete, por exemplo, como “Aprendiz de mecânico de automóveis” como “Operador de máquina de lapidar metais”.</p>
		<p>Nunca indique apenas “Operário”.</p>
		<p>Salários (campo 22)</p>
		<p>Salário Base</p>
		<p>Montante líquido (antes da dedução de quaisquer descontos) pago em dinheiro ou em géneros e que corresponde às horas normais de trabalho.</p>
		<p>Inclua a remuneração paga por horas não efetuadas.</p>
		<p>Não inclua no salários quaisquer prémios, subsídios, diuturnidades ou gratificações.</p>
		<p>Indique o salário base correspondente à periodicidade de pagamento que assinalou.</p>

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 acionar 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 a 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 ferramentas ou máquinas 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 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 de tijolo.

Campo 39 e 40

Pretende 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 o outro.

(descreva a situação).

Campo 41

Em 1, indique o total de horas executadas antes de qualquer intervalo (para refeição, ou pausas previstas na 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.

Campo 42**Natureza da lesão:**

Feridas e lesões superficiais / Fraturas / Deslocações, entorses e distensões / Amputações (perdas de partes do corpo) / Concussões e lesões internas / Queimaduras, escaldaduras, congelação / Envenenamentos (intoxicações), infecções / Afogamento e asfixia / Efeitos de ruído, vibrações e pressão / Efeitos de temperatura extremas, luz e radiações / Choques / Lesões múltiplas / Outras lesões especificadas não incluídas noutras rubricas.

Campo 43**Partes do corpo atingidas:**

Parte do corpo atingida, não especificada / Cabeça / Área facial / Olho(s) / Ouvido(s) / Dentes / Cabeça, partes múltiplas / Pescoço, incluindo espinha e vértebras do pescoço / Costas, incluindo espinha e vértebras das costas / Tórax e órgãos torácicos, não especificados / Costelas, incluindo clavícula e articulação / Caixa torácica, incluindo órgãos / Área pélvica e abdominal, incluindo órgãos / Tórax, partes múltiplas / Ombro e respectivas articulações / Braço, incluindo cotovelo / Mão / Dedo(s) / Pulso / Extremidades superiores, partes múltiplas / Extremidades inferiores, não especificadas / Anca / Perna, incluindo joelho / Tornozelo / Pé / Dedo(s) do pé / Corpo inteiro e partes múltiplas, não especificado / Outras partes do corpo atingidas, não especificado.