



# TRANQUILIDADE

Sociedade Anónima • Capital Social: € 135.000.000  
Reg. C.R.C. de Lisboa N.º 640 • Contr. N.º 500/940/231

SEDE - 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

## 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 8 7

N.º IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE  
2. Ano N.º de ordem da ocorrência

### IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADO OU ENTIDADE EMPREGADORA

3. Nome  
4. N.º de Pessoa Colectiva 5. N.º de Pessoas ao Serviço da Entidade Empregadora  
6. Endereço do Estabelecimento Telef.  
Cód. Postal Distrito Concelho  
7. Actividade Principal do Estabelecimento

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO

8. Nome 9. Nacionalidade  
10. Residência Telef. Cód. Postal  
11. Naturalidade 12. Sexo M F 13. Data de Nascimento  
14. Bilhete de Identidade 15. Data de Admissão ao Serviço 16. Estado Civil 17. Tem Dependentes a Cargo? 18. Se é Administrador, Gerente ou Familiar do Segurado, Indique qual:  
19. Situação Profissional:  
1. Trabalhador por conta de outrem 4. Estagiário  
2. Trabalhador por conta própria ou empregador 5. Praticante/Aprendiz  
3. Familiar não remunerado 6. Outra situação  
Especifique:  
20. Horário praticado pelo sinistrado no momento do acidente:  
1. Em período normal  
2. Em turno fixo  
3. Em turno rotativo  
4. Outro horário  
21. Profissão  
22. Salários, assinale a periodicidade de pagamento e indique o montante em cada situação: Salário base mensal diário horário  
Sub. Alim./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  
24. Desde quando aufera o salário citado

### 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 1. Em serviço no exterior do estabelecimento 2. No trajecto residência/trabalho ou vice versa  
Local 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)  
36. Onde estava o sinistrado no momento do acidente (ex: no interior do edifício, no subsolo)

### 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

### DETALHES DA LESÃO

42. Indique conforme instruções: Natureza da Lesão 43. Parte do corpo atingida

### CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE À DATA DA DECLARAÇÃO

44. Sem ausência/ausência menor que 1 dia Ausência de 1 e 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