



PARTICIPE ATRAVÉS DE <https://pat.apseguradores.pt/> (OBRIGATÓRIO PARA ENTIDADES COM 10 OU MAIS COLABORADORES - DL 106/2017 DE 29 DE AGOSTO E PORTARIA 14/2018 DE 11 DE JANEIRO).

**PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO** (ÁREA A PREENCHER PELO SEGURADOR)

CÓDIGO DO SEGURADOR  N.º DE IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE  ANO  N.º DE ORDEM

**DADOS DO SEGURADOR OU ENTIDADE EQUIPARADA**

1. NOME DO SEGURADOR

**DADOS DO TOMADOR DE SEGURO OU ENTIDADE EMPREGADORA**

2. N.º DA APÓLICE

3. TIPO  1. ENTIDADE EMPREGADORA PRIVADA  2. TRABALHADOR INDEPENDENTE  3. ENTIDADE EMPREGADORA PÚBLICA

4. NOME

5. N.º DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL (NIPC OU NIPS)

6. ENDEREÇO DA UNIDADE LOCAL (ESTABELECIMENTO)

7. CÓDIGO POSTAL DA UNIDADE LOCAL (ESTABELECIMENTO)  -

8. PAÍS DA UNIDADE LOCAL (ESTABELECIMENTO)

9. DISTRITO OU ILHA / MUNICÍPIO DA UNIDADE LOCAL (ESTABELECIMENTO)

10. TELEFONE / TELEMÓVEL

11. ENDEREÇO DE CORREIO ELECTRÓNICO

12. ACTIVIDADE PRINCIPAL DA UNIDADE LOCAL (ESTABELECIMENTO)

13. TOTAL DE PESSOAS AO SERVIÇO NA EMPRESA

14. TOTAL DE PESSOAS AO SERVIÇO NA UNIDADE LOCAL (ESTABELECIMENTO)

15. IBAN TOMADOR SEGURO/ENTIDADE EMPREGADORA

NO CASO DE O SINISTRADO SER TRABALHADOR DE UMA EMPRESA DE TRABALHO TEMPORÁRIO MAS DESEMPENHAR FUNÇÕES NUMA ENTIDADE UTILIZADORA DOS SEUS SERVIÇOS, ESPECIFIQUE, EM RELAÇÃO A ESTA ÚLTIMA:

16. NOME

17. N.º DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL (NIPC OU NIPS)

18. CÓDIGO POSTAL DA UNIDADE LOCAL (ESTABELECIMENTO)  -

19. ACTIVIDADE PRINCIPAL DA UNIDADE LOCAL (ESTABELECIMENTO)

**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO**

20. NOME

21. TELEFONE / TELEMÓVEL

22. ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA

23. CÓDIGO POSTAL  -

24. PAÍS

25. SEXO  1. MASCULINO  2. FEMININO

26. DATA DE NASCIMENTO  ANO  MÉS  DIA

27. DATA DE ADMISSÃO AO SERVIÇO  ANO  MÉS  DIA

28. NACIONALIDADE

29. ESTADO CIVIL LEGAL  1. SOLTEIRO  2. CASADO  3. EM UNIÃO DE FACTO  4. DIVORCIADO  5. VIÚVO

30. N.º DE DEPENDENTES A CARGO

31. N.º DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL (NIPS)

32. N.º DE IDENTIFICAÇÃO DA SEGURANÇA SOCIAL

33. IBAN DO SINISTRADO

34. RELAÇÃO DO SINISTRADO COM O TOMADOR DE SEGURO OU COM A ENTIDADE EMPREGADORA

1. ADMINISTRADOR  2. GERENTE  3. FAMILIAR  4. TRABALHADOR  9. OUTRO TIPO

35. SITUAÇÃO NA PROFISSÃO

- 1. EMPREGADOR
- 2. TRABALHADOR POR CONTA PRÓPRIA / TRABALHADOR INDEPENDENTE COM TRABALHADORES AO SERVIÇO
- 3. TRABALHADOR POR CONTA PRÓPRIA / TRABALHADOR INDEPENDENTE SEM TRABALHADORES AO SERVIÇO
- 4. TRABALHADOR FAMILIAR NÃO REMUNERADO
- 5. TRABALHADOR POR CONTA DE OUTREM (EXCEPTO ESTAGIÁRIOS, APRENDIZES E PRATICANTES)
- 6. MEMBRO ACTIVO DE COOPERATIVA DE PRODUÇÃO
- 7. ESTAGIÁRIO OU APRENDIZ COM VÍNCULO À EMPRESA
- 8. PRATICANTE COM VÍNCULO À EMPRESA
- 9. OUTRA SITUAÇÃO



**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO (CONTINUAÇÃO)**

36. TIPO DE VÍNCULO À EMPRESA  1. CONTRATO DE TRABALHO SEM TERMO  
 2. CONTRATO DE TRABALHO COM TERMO CERTO (EXCEPTO TRABALHO TEMPORÁRIO)  
 3. CONTRATO DE TRABALHO COM TERMO INCERTO (EXCEPTO TRABALHO TEMPORÁRIO)  
 4. OUTROS (INCLUINDO TRABALHO TEMPORÁRIO)

37. PERÍODO NORMAL DE TRABALHO  1. TEMPO COMPLETO  2. TEMPO PARCIAL

38. PERÍODO EM QUE OCORRE O ACIDENTE  1. PERÍODO NORMAL DE TRABALHO DIURNO  5. PRESTAÇÃO DE TRABALHO POR TURNO NOCTURNO  
 2. PRESTAÇÃO DE TRABALHO SUPLEMENTAR  6. PRESTAÇÃO DE TRABALHO POR TURNO ROTATIVO  
 3. PRESTAÇÃO DE TRABALHO NOCTURNO  7. INTERVALO DE DESCANSO  
 4. PRESTAÇÃO DE TRABALHO POR TURNO DIURNO  8. FORA DO TEMPO DE TRABALHO

39. N.º DE HORAS SEMANAIS HABITUALMENTE TRABALHADAS \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

40. PROFISSÃO \_\_\_\_\_

41. N.º DE EMPREGADO \_\_\_\_\_

42. DEPARTAMENTO ONDE TRABALHA \_\_\_\_\_

43. RETRIBUIÇÃO BASE \_\_\_\_\_ € → 44. PERIODICIDADE  1. MENSAL  2. SEMANAL  3. DIÁRIA  4. HORÁRIA

45. SUBSÍDIO DE REFEIÇÃO \_\_\_\_\_ €

46. OUTRAS RETRIBUIÇÕES (MÊS) \_\_\_\_\_ € → 47. N.º DE MESES \_\_\_\_\_

48. SUBSÍDIO DE NATAL \_\_\_\_\_ € 49. SUBSÍDIO DE FÉRIAS \_\_\_\_\_ € 50. RETRIBUIÇÃO LÍQUIDA \_\_\_\_\_ €

NO CASO DE SE VERIFICAR ALGUMA DAS SEGUINTE SITUACÕES, INDIQUE O MONTANTE DAS RETRIBUIÇÕES:

51. SE A RETRIBUIÇÃO NÃO FOR REGULAR, INDIQUE A MÉDIA MENSAL DOS ÚLTIMOS 12 MESES \_\_\_\_\_ €

52. SE O SINISTRADO FOR APRENDIZ OU TIROCINANTE, INDIQUE A RETRIBUIÇÃO MÉDIA MENSAL DOS OFICIAIS DA MESMA CATEGORIA \_\_\_\_\_ €

53. SE O SINISTRADO FOR MENOR DE 18 ANOS E NÃO FOR APRENDIZ OU TIROCINANTE, INDIQUE A RETRIBUIÇÃO MÉDIA MENSAL DOS TRABALHADORES MAIORES NÃO QUALIFICADOS \_\_\_\_\_ €

54. DESDE QUANDO AUFERE A RETRIBUIÇÃO CITADA \_\_\_\_\_ ANO \_\_\_\_\_ MÊS \_\_\_\_\_ DIA

**IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE**

55. DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ ANO \_\_\_\_\_ MÊS \_\_\_\_\_ DIA 56. HORA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ HORAS \_\_\_\_\_ MINUTOS

57. DATA E HORA EM QUE DEIXOU DE TRABALHAR EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ ANO \_\_\_\_\_ MÊS \_\_\_\_\_ DIA \_\_\_\_\_ HORAS \_\_\_\_\_ MINUTOS

58. ONDE OCORREU O ACIDENTE  1. NO ESTABELECIMENTO  
 2. EM SERVIÇO NO EXTERIOR DO ESTABELECIMENTO E NO TEMPO DE TRABALHO  
 3. NO TRAJECTO (ISTO É, NO PERCURSO HABITUAL ENTRE A RESIDÊNCIA E O LOCAL DE TRABALHO OU VICE-VERSA)

59. EM QUE PAÍS \_\_\_\_\_

60. SE OCORREU EM PORTUGAL, ESPECIFIQUE DISTRITO OU ILHA / MUNICÍPIO \_\_\_\_\_

61. ESPECIFIQUE O LOCAL DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ (MORADA, OU NO CASO DE SEGURO AGRÍCOLA, NOME DA PROPRIEDADE) 62. DONO DA OBRA \_\_\_\_\_ (NOME DO DONO DE OBRA, NO CASO DE SEGURO DE CONSTRUÇÃO)

63. QUEM PRESTOU OU PRESTARÁ OS PRIMEIROS SOCORROS \_\_\_\_\_

64. LOCALIDADE DE PRESTAÇÃO DOS PRIMEIROS SOCORROS \_\_\_\_\_

65. FOI HOSPITALIZADO ?  1. SIM (SE SIM, RESPONDA À QUESTÃO 66)  2. NÃO

66. EM QUE ESTABELECIMENTO HOSPITALAR \_\_\_\_\_

67. N.º DE VÍTIMAS DO ACIDENTE \_\_\_\_\_

68. INTERVENÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE  1. SEM INTERVENÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE  5. VEÍCULO PESADO (MERCADORIAS OU PASSAGEIROS)  
 2. VEÍCULO DE DUAS RODAS NÃO MOTORIZADO  6. VEÍCULO DE CARRIS (METRO, COMBOIO, ELÉCTRICO)  
 3. VEÍCULO DE DUAS RODAS MOTORIZADO  7. OUTRO MEIO DE TRANSPORTE (BARCO, AVIÃO, ETC.)  
 4. VEÍCULO LIGEIRO

69. MATRÍCULA DO VEÍCULO EM QUE SEGUIA O SINISTRADO, SE FOI ACIDENTE DE VIAÇÃO \_\_\_\_\_

70. O ACIDENTE TEVE INTERVENÇÃO DE TERCEIROS ?  1. SIM (SE SIM, RESPONDA ÀS QUESTÕES 71 A 77)  2. NÃO

71. NOME \_\_\_\_\_

72. ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_

73. CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 74. PAÍS \_\_\_\_\_

75. MATRÍCULA \_\_\_\_\_ 76. SEGURADOR \_\_\_\_\_

77. N.º DA APÓLICE \_\_\_\_\_

**PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO** (ÁREA A PREENCHER PELO SEGURADOR)

CÓDIGO DO SEGURADOR  N.º DE IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE  ANO  N.º DE ORDEM   
 NOME DO SINISTRADO  N.º DA APÓLICE

**IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE** (CONTINUAÇÃO)

78. HOUVE INTERVENÇÃO DA AUTORIDADE ?  1. SIM (SE SIM, RESPONDA ÀS QUESTÕES 79 E 80)  2. NÃO  
 79. QUAL A AUTORIDADE  1. PSP  2. GNR  9. OUTRA. ESPECIFIQUE   
 80. N.º DA PARTICIPAÇÃO À AUTORIDADE  /   
 81. IDENTIFICAÇÃO DE TESTEMUNHA  82. TELEFONE / TELEMÓVEL   
 83. IDENTIFICAÇÃO DE TESTEMUNHA  84. TELEFONE / TELEMÓVEL

**IDENTIFICAÇÃO DO AMBIENTE DE TRABALHO E CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE**

85. DESCREVA PORMENORIZADAMENTE O ACIDENTE

86. ONDE ESTAVA O SINISTRADO NO MOMENTO DO ACIDENTE   
(POR EXEMPLO: ZONA INDUSTRIAL, ESTALEIRO, PEDREIRA, MINA A CÉU ABERTO, ÁREA AGRÍCOLA, ZONA FLORESTAL, ESCRITÓRIO, ESCOLA, LOCAL DE ENTRETENIMENTO, LOCAL DE ALOJAMENTO, ESTABELECIMENTO DE SAÚDE, LOCAL PÚBLICO, DOMICÍLIO, LOCAL DE ACTIVIDADE DESPORTIVA, NO AR, EM ALTURA, SUBTERRÂNEO, SOBRE A ÁGUA, EM MEIO HIPERBÁRICO, ETC.)

87. QUAL A NATUREZA PRINCIPAL DO TRABALHO QUE O SINISTRADO ESTAVA A EXECUTAR NO MOMENTO DO ACIDENTE   
(POR EXEMPLO: PRODUÇÃO, TRANSFORMAÇÃO, TRATAMENTO, ARMAZENAMENTO, TERRAPLANAGEM, CONSTRUÇÃO, CONSERVAÇÃO, DEMOLIÇÃO, TRABALHO AGRÍCOLA OU FLORESTAL, TRABALHOS PRESTADOS ÀS EMPRESAS E/OU À PESSOA HUMANA, TRABALHO INTELECTUAL, ACTIVIDADE DESPORTIVA, ACTIVIDADE ARTÍSTICA, ETC.)

88. QUE TAREFA EXECUTAVA O SINISTRADO NO MOMENTO DO ACIDENTE   
(POR EXEMPLO: OPERAÇÃO DE MÁQUINA, TRABALHOS COM FERRAMENTAS DE MÃO, CONDUÇÃO OU PRESENÇA A BORDO DE UM MEIO DE TRANSPORTE, MANIPULAÇÃO DE OBJECTOS, TRANSPORTE MANUAL, EM MOVIMENTO, PRESENÇA, ETC.)

89. QUE MATERIAIS E/OU OBJECTOS MANIPULAVA O SINISTRADO NESSE MOMENTO   
(POR EXEMPLO: PORTA, TELHADO, ANDAIME, FOSSA, CANOS, MOTOR, SERRA, X-ACTO, MARTELO, PREGO, FACA ELÉCTRICA, SERINGA, DEBULHADORA, CEIFEIRA, TRACTOR, GRUA, PALETE, VEÍCULO PESADO OU LIGEIRO, NAÚTICO, CHASSIS, MATÉRIAS INFLAMÁVEIS, ANIMAL, ETC.)

90. QUE ACONTECIMENTOS ESTIVERAM NA ORIGEM DO ACIDENTE (O QUE ACONTECEU DE ERRADO, DESVIANTE DO NORMAL)   
(POR EXEMPLO: PROBLEMA ELÉCTRICO, EXPLOÇÃO, INCÊNDIO, DERRUBAMENTO, TRANSBORDO, FUGA, ESCOAMENTO, RUPTURA, ARROMBAMENTO, REBENTAMENTO, RESVALAMENTO, QUEDA, PERDA TOTAL OU PARCIAL DO CONTROLO DE MÁQUINA OU MEIO DE TRANSPORTE, ESCORREGAMENTO OU HESITAÇÃO COM QUEDA, MOVIMENTO DO CORPO NÃO SUJEITO A CONSTRANGIMENTO FÍSICO, MOVIMENTO DO CORPO SUJEITO A CONSTRANGIMENTO FÍSICO, SUSTO, VIOLÊNCIA, AGRESSÃO, AMEAÇA, PRESENÇA, ETC.)

91. QUE MATERIAIS E/OU OBJECTOS ESTIVERAM ASSOCIADOS AO ACONTECIMENTO QUE ESTEVE NA ORIGEM DO ACIDENTE   
(VER EXEMPLOS DA QUESTÃO 89)

92. QUE ACONTECIMENTOS CONDUZIRAM À LESÃO (MODO COMO A VÍTIMA FOI LESIONADA, CONTACTO)   
(POR EXEMPLO: CONTACTO COM CORRENTE ELÉCTRICA, TEMPERATURA, SUBSTÂNCIA PERIGOSA, AFOGAMENTO, SOTERRAMENTO, ENVOLVIMENTO POR GASES, ESMAGAMENTO EM MOVIMENTO VERTICAL OU HORIZONTAL, SOBRE OU CONTRA UM OBJECTO IMÓVEL, PANCADA POR OBJECTO EM MOVIMENTO, COLISÃO COM, CONTACTO COM AGENTE MATERIAL CORTANTE, PERFURANTE OU ÁSPERO, ENTALÇÃO ESMAGAMENTO, CONSTRANGIMENTO FÍSICO DO CORPO OU PSÍQUICO, MORDEDURA, PONTAPÉ, CABEÇADA, ESTRANGULAMENTO, ETC.)

93. QUE MATERIAIS E/OU OBJECTOS ESTIVERAM ASSOCIADOS AO ACONTECIMENTO QUE CONDUZIU À LESÃO   
(VER EXEMPLOS DA QUESTÃO 89)

94. A TAREFA DESCRITA É ...  1. TAREFA HABITUALMENTE EXERCIDA  2. TAREFA OCASIONALMENTE EXERCIDA  9. OUTRA SITUAÇÃO  
 95. POSTO DE TRABALHO  1. LOCAL HABITUAL  2. LOCAL OCASIONAL  9. OUTRO  
 96. N.º DE HORAS EXECUTADAS ININTERRUPTAMENTE ATÉ AO MOMENTO DO ACIDENTE   
 97. N.º TOTAL DE HORAS EXECUTADAS ATÉ AO MOMENTO DO ACIDENTE

**IDENTIFICAÇÃO DAS CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE**

98. O ACIDENTE TEVE APENAS CONSEQUÊNCIAS MATERIAIS ?  1. SIM  2. NÃO (SE NÃO, RESPONDA ÀS QUESTÕES 99 A 101)  
 99. NATUREZA DA LESÃO   
(POR EXEMPLO: FERIDAS OU LESÕES SUPERFICIAIS, FRACTURA, DESLOCAÇÃO, ENTORSE OU DISTENSÃO, AMPUTAÇÃO, CONCUSSÃO OU LESÃO INTERNA, QUEIMADURA, CONGELAÇÃO, ENVENENAMENTO, INFECCÃO, AFOGAMENTO, ASFIXIA, EFEITOS DE RUÍDO, VIBRAÇÕES OU PRESSÃO, EFEITOS DE TEMPERATURAS EXTREMAS, LUZ OU RADIAÇÕES, CHOQUE ELÉCTRICO, AGRESSÃO, LESÕES MÚLTIPLAS, SÓ DANOS MATERIAIS, OUTRAS)

100. PARTE DO CORPO ATINGIDA   
(POR EXEMPLO: CABEÇA, PESCOÇO, COSTAS, TÓRAX E ÓRGÃOS TORÁCICOS, EXTREMIDADES SUPERIORES, EXTREMIDADES INFERIORES, CORPO INTEIRO OU PARTES MÚLTIPLAS DO CORPO, OUTRAS PARTES DO CORPO NÃO ESPECIFICADAS)

101. CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE À DATA DA DECLARAÇÃO  1. NÃO MORTAL  2. MORTAL

**IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPAÇÃO**

102. NOME

103. DATA DO PREENCHIMENTO  ANO  MÊS  DIA 104. ASSINATURA