

Acidentes de Trabalho

Inquérito Profissional e Estudo do Posto de Trabalho

(preencher com maiúsculas)

1. Identificação da entidade seguradora ou equiparada

Apólice _____ Ramo _____ Processo _____ Data do acidente AAAAMMDD

2. Identificação do segurado ou entidade empregadora

Nome _____
Nº de pessoa coletiva _____ Nº de pessoas ao serviço da entidade empregadora _____
Morada do estabelecimento _____
Código postal _____ Localidade _____ Telefone _____
Atividade principal do estabelecimento _____

3. Identificação do sinistrado

Nome _____
Morada _____
Código postal _____ Localidade _____
Nacionalidade _____ Naturalidade _____
Sexo ☐M ☐F Data de nascimento AAAAMMDD
Documento identificação: ☐BI ☐CC Nº _____ Data de validade AAAAMMDD

4. Inquérito profissional

a) Data de admissão AAAAMMDD b) Profissão / atividade habitual _____
c) Profissão / atividade à data do acidente _____
d) Situação perante a Segurança Social
☐ No ativo (É contribuinte? ☐S ☐N) ☐ Reformado (Profissão à data da reforma) _____
e) Formação escolar
☐ Primária ☐ Secundária ☐ Curso médio ☐ Curso superior _____
f) Formação profissional
☐ Ações de formação ☐ Cursos de formação ☐ Outros _____
g) Experiência profissional nos últimos 5 anos _____
h) Nº de acidentes nos últimos 5 anos _____
i) Outras informações _____

5. Estudo do Posto de Trabalho

Marque com um X a resposta que corresponde à situação concreta e posto de trabalho onde se deu o acidente

1) Caraterísticas da profissão

☐ Por turnos - horário _____	☐ Por período contínuo > 5 horas - horário _____
☐ Trabalho no interior do estabelecimento	☐ Trabalho no exterior / ar livre
☐ Trabalho em alturas	☐ Trabalho em subterrâneos
☐ Trabalho em veículos motorizados	☐ Trabalho predominantemente em pé
☐ Trabalho predominantemente sentado	☐ Outras caraterísticas _____

5. Estudo do Posto de Trabalho (continuação)

Marque com um X a resposta que corresponde à situação concreta e posto de trabalho onde se deu o acidente

2) Ambiente de trabalho

- | | |
|--|---|
| ☐ Ar livre | ☐ Poeiras (tipo) _____ |
| ☐ Fechado | ☐ Gases (tipo) _____ |
| ☐ Iluminação (tipo) _____ | ☐ Temperatura (quantificar) _____ |
| ☐ Fluidos (grau em decibéis) _____ | ☐ Outros _____ |

3) Proteção

3.1) Proteção / equipamento

Existe equipamento de proteção? ☒ S ☐ N Em caso afirmativo, especifique _____

3.2) Proteção adequada ao tipo de acidente? ☒ S ☐ N Em caso afirmativo, especifique _____

3.3) Proteção individual

- | | | | | |
|---|--|------------------------------------|---|---|
| ☐ Áreas do corpo protegidas | ☐ Cabeça | ☐ Visão | ☐ Aparelho auditivo | ☐ Aparelho respiratório |
| ☐ Membros superiores | ☐ Membros inferiores | ☐ Outras áreas | _____ | |

4) Instrumentos de trabalho

4.1) Veículos terrestres de transporte

- | | |
|---|--|
| ☐ Ligeiros (tipo) _____ | ☐ Pesados (tipo) _____ |
| ☐ Outros _____ | |

4.2) Máquinas (industriais ou outras)

- | | |
|--|---|
| ☐ Fixas (tipo) _____ | ☐ Móveis (tipo) _____ |
| ☐ Outras _____ | |

4.3) Ferramentas

- | | |
|--|--|
| ☐ Manuais (tipo) _____ | ☐ Mecânicas (tipo) _____ |
| ☐ Elétricas (tipo) _____ | ☐ Outras _____ |

4.4) Outros equipamentos

- | | |
|--|---|
| ☐ Eletrónicos (tipo) _____ | ☐ De laboratório (tipo) _____ |
| ☐ Outros _____ | |

5) Matérias / materiais utilizados no trabalho

Especifique _____

6. Declarações Eventuais

A A A A M M D D

Feito em

Assinatura do Segurado ou Representante Legal