

**PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO  
WORK-RELATED ACCIDENT CLAIM FORM**

Apólice No./ Policy Number \_\_\_\_\_

Nome/Name \_\_\_\_\_

DO Segurado/Insured

Morada/Address \_\_\_\_\_

Industria ou trabalho seguro/Industry or work covered \_\_\_\_\_

**DO SINISTRADO/DETAILS OF INJURED PERSON**

Nome de sinistrado/Name of injured person \_\_\_\_\_ idade/age \_\_\_\_\_ anos/years

No. do doc. identificação/ID No \_\_\_\_\_ estado civil/marital status \_\_\_\_\_ localidade/place \_\_\_\_\_

Distrito/District \_\_\_\_\_ data de nascimento/date of birth \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome do pai/Father's name \_\_\_\_\_ Nome de mãe/Mother's name \_\_\_\_\_

sendo casado divorciado com obrigação de prestar alimentos a mulher/if married or divorced and paying maintenance to wife

Nome da mulher/wife's name \_\_\_\_\_ idade/age \_\_\_\_\_ anos/years

Profissão/occupation \_\_\_\_\_ Morada/address \_\_\_\_\_

Tendo filhos ou filhas, menores de 16 anos/children under the age of 16 years

Nome/name \_\_\_\_\_ idade/age \_\_\_\_\_ anos/years

Nome/name \_\_\_\_\_ idade/age \_\_\_\_\_ anos/years

Nome/name \_\_\_\_\_ idade/age \_\_\_\_\_ anos/years

Morada/address \_\_\_\_\_ São legítimos ou perfilhados?  
Are they legitimate or adopted? \_\_\_\_\_

Não havendo filhos, menores/if there are no minor children

Há ascendentes cuja a limentação esteja a cargo do sinistrado/does the injured person have other dependents  
(i.e. parents/grandparents)? \_\_\_\_\_ indique

Os nomes e idades/names and ages \_\_\_\_\_

Há quaisquer familiarizes herdeiros, menores de 16 anos, cuja alimentação esteja a cargo do sinistrado/are there any heirs  
in the family, under the age of 16 years, who are dependent on the injured person? \_\_\_\_\_

Indique os nomes e as idades/give names and ages \_\_\_\_\_

**Da profissão e salário/occupation and salary**

Profissão do sinistrado/occupation of injured person \_\_\_\_\_ salário que vencia no dia do

Sinistro/salary earned by injured person on date of accident \_\_\_\_\_ por hora/dia/semana/mês/per hour/day/week/month \_\_\_\_\_

O sinistrado recebia normalmente este salário/did the injured person normally receive this salary? \_\_\_\_\_ no caso negativo, qual o Salário normal?

If not, what was the normal salary? \_\_\_\_\_ desde quando ganha o salario actual/  
since when has he/she been earning the current salary? \_\_\_\_\_

Data da admissão ao serviço do segurado/date of employment of injured person \_\_\_\_\_

**Do Acidente/Details of Accident**

Data/date \_\_\_\_\_ pelas/at \_\_\_\_\_ horas locais/hrs, local time \_\_\_\_\_ localidade/place \_\_\_\_\_

Distrito/district \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Como o correu o sinistro/how did the accident occur? \_\_\_\_\_

Que serviço estava a executar/what work was he/she performing? \_\_\_\_\_

O sinistrado trabalha depois do acidente/did he/she work after the accident? \_\_\_\_\_ Até quando/until when \_\_\_\_\_

**Testemunhas/Witnesses**

Nome/name \_\_\_\_\_ Morada/address \_\_\_\_\_

Profissão/occupation \_\_\_\_\_ Estado civil/marital status \_\_\_\_\_ Idade/age \_\_\_\_\_ anos/years

Nome/name \_\_\_\_\_ Morada/address \_\_\_\_\_

Profissão/occupation \_\_\_\_\_ Estado civil/marital status \_\_\_\_\_ Idade/age \_\_\_\_\_ anos/years

**Das consequências e dos socorros/details of injuries and treatment**

Parte do corpo atingida/part of the body affected \_\_\_\_\_ Lesões causadas/injured caused \_\_\_\_\_

Quem prestou os primeiros socorros. A entidade patronal/who gave first aid. The employer? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ pelas/at \_\_\_\_\_ horas/hrs

Quem prestou os primeiros socorros/who gave first aid? \_\_\_\_\_

Ficou hospitalizado/was the injured person hospitalized? \_\_\_\_\_ onde/where \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 200 \_\_\_\_\_

**A FIM DE DAR CUMPRIMENTO AS DISPOSIÇÕES LEGAIS TORNA-SE INDESPENSÁVEL RESPONDER A TODOS REQUISITOS DESTA  
PARTICIPAÇÃO/IN ORDER TO COMPLY WITH LEGAL REQUIREMENTS, ALL QUESTIONS IN THIS CLAIM FORM MUST BE ANSWERED**

\_\_\_\_\_  
O segurado/insured person