

Participação de Acidentes de Trabalho

D.S.A.L. / D.S.S.O.
Nº de tel : 83999438
Fax : 28717771
E-mail : o.injury@dsal.gov.mo

Informações do Sinistrado

Nome:(Chinês) _____ (Outra Língua) _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: Masculino Feminino País de origem: _____

Residente Não residente Tipo do documento de identificação : _____ Nº.: _____

Morada: _____

Nº de telemóvel Macau: _____ Outro contato: _____

Cargo desempenhado: _____ Data de admissão: (dia) ____ (mês) ____ (ano) ____

Salário dos últimos 3 meses: \$_____/ \$_____/ \$_____

Informações do Empregador

Nome do empregador: _____

Nome da empresa: _____ Nome do responsável: _____

Morada: _____

Nº de tel: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Nome da pessoa que preencheu o impresso/

Nome da pessoa de contacto: _____ Nº de contacto: _____

Informações do Acidente

Local da ocorrência: _____

Data da ocorrência: ____/____/____ Hora: _____:_____

Acidente ocorrido: Durante a hora de trabalho Na ida para o local de trabalho No regresso do local de trabalho

Resumo do acidente:

Consulta médica: Sim Não

Internamento em estabelecimento hospitalar: Sim Não

Faltas: Sim, ____ dias Não

Indicação da parte do corpo lesada (assinalando apenas com um x)

Cabeça Olhos Pescoço
 Mãos Membros superiores Tronco
 Membros inferiores Pés Outros. Especifique _____

Indicação da causa do acidente (assinalando apenas com um x)

Queda de altura Queda em superfície plana
 Queda de objectos Marcha ou choque contra objectos
 Entalamento, perfuração ou corte Esforços excessivos ou torções
 Exposição ou contacto com temperaturas extremas Exposição à corrente eléctrica
 Exposição ou contacto com substâncias nocivas ou radiações Ferimentos causados por animais
 Lesões causadas por meio de transporte durante exercício da actividade laboral
 Acidente ocorrido, durante o período em que estiver hasteado um sinal de tufão igual ou superior ao n.º 8, na ida para o local de trabalho ou no regresso deste
 Acidente ocorrido na ida para o local de trabalho ou no regresso deste, **quando for utilizado** meio de transporte fornecido pelo empregador
 Acidente ocorrido na ida para o local de trabalho ou no regresso deste, **quando não for utilizado** meio de transporte fornecido pelo empregador
 Outros acidentes ocorridos na ida para o local de trabalho ou no regresso deste: _____
 Outras formas, favor de indicar: _____

Assinatura do remetente e carimbo da companhia: _____

Data de preenchimento deste formulário: ____/____/____
(dd/mm/yyyy)

A pessoa que preencheu este impresso tem conhecimento que os dados pessoais apresentados a esta Direcção dos Serviços para os Assuntos Laborais (DSAL) destinam-se à instrução de um processo de acidente de trabalho; tendo, nos termos legais, o direito de acesso e o direito de rectificação dos dados conservados nesta Direcção dos Serviços para os Assuntos Laborais (DSAL). No exercício do direito de consulta do processo, deve apresentar o pedido por escrito à DSAL. No exercício de direito de rectificação, deve apresentar o pedido pessoalmente ou por escrito à DSAL. Em cumprimento das obrigações legais, informa-se ainda o titular dos dados pessoais, que esta DSAL poderá eventualmente comunicar ou transferir, esses dados e/ou os documentos por si apresentados no processo, a outros órgãos administrativos e/ou judiciais.