

Participação de Acidente de Trabalho / Acidente

D.S.A.L. / D.S.S.O.
Nº de tel : 28719936
Fax : 28717771
E-mail : o.injury@dsal.gov.mo

Informações do Sinistrado

Nome:(Chinês) _____ (Outra Língua) Chan Tai Man

Data de nascimento: 30 / 8 / 1988 Sexo: Masculino Feminino Local de origem: Macao

Residente Não residente Tipo do documento de identificação : B.I.R.M. Nº.: 1xxxxx(8)

Morada: Avenida da xxxx, Edf. Xxxx, Bloco XX, X Andar X, Macau

Nº de telemóvel Macau: 6XXXXXXXX Outro contato: 28XXXXXXXX

Cargo desempenhado: SECURITY GUARD Data de admissão: (dia) 8 (mês) 8 (ano) 2014

Salário dos últimos 3 meses: \$ 12,000 / \$ 12,000 / \$ 12,000

Informações do Empregador

Nome do empregador: Wong Chong

Nome da empresa: ABC HOTEL Nome do responsável: Tony Leong

Morada: Ave. de XXXXXXX, No. 123-127

Nº de tel: 28XXXXXXXX Fax: 28XXXXXXXX E-mail: abc@email.com

Nome da pessoa que preencheu o impresso/ Ms Cei Wong Nome da pessoa de contacto: 28XXXXXXXX

Informações do Acidente

Local da ocorrência: Recepção do hotel

Data da ocorrência: 13 / 3 / 2019 Hora: 11 : 15

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

Resumo do acidente:

O sinistrado deixou cair utensilios de cozinha à cabeça quando estava buscá-las da prateleira.

Consulta médica: Sim Não Internamento em estabelecimento hospitalar: Sim Não

Faltas: Sim, 6 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: 13 / 3 / 2019
(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.