

# 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 País de origem: Macao

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

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

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

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: 28XXXXXX Fax: 28XXXXXX E-mail: abc@email.com

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

## 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.