

Direcção dos Serviços para os Assuntos Laborais
Sistema electrónico de participação de acidentes de trabalho
Guia de utilização

(Seleccione abaixo a opção que lhe interessa)

Parte I: Introdução	pág.2
Parte II: Participar um acidente de trabalho	pág.3
Part3 III: Alterar e cancelar os dados do acidente de trabalho antes de submeter	pág.10
Parte IV: Aviso	pág.14

Parte I: Introdução

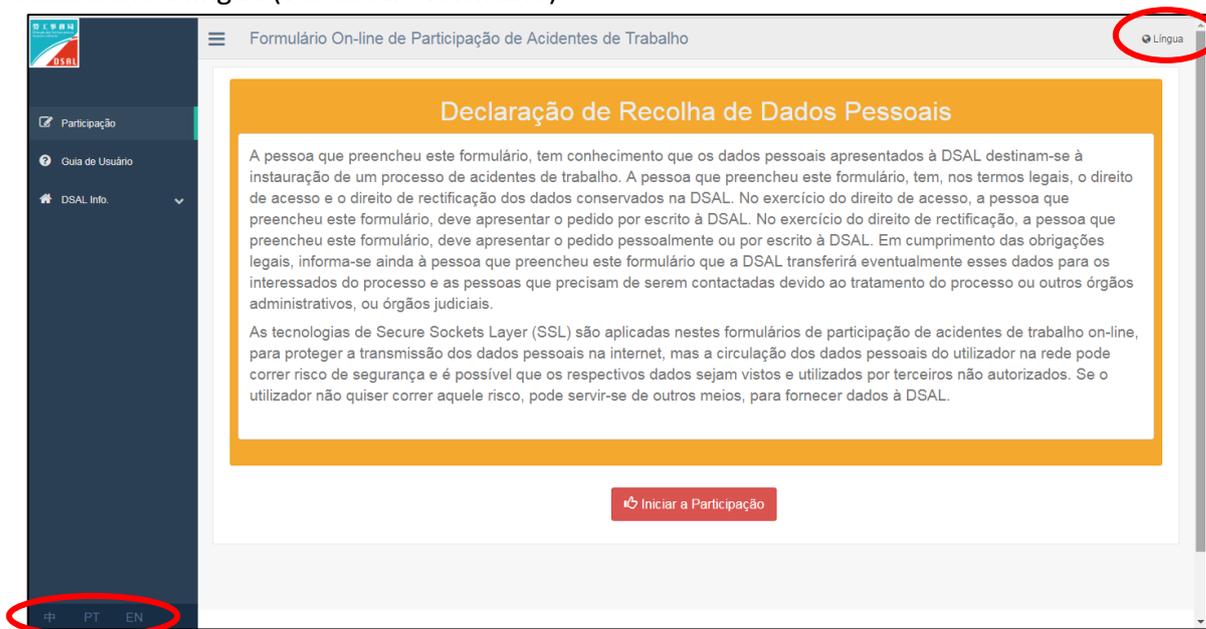
A Direcção dos Serviços para os Assuntos Laborais criou o sistema electrónico de participação de acidentes de trabalho a fim de ajudar os empregadores a participar acidentes de trabalho de um modo rápido e conveniente.

Parte II: Participar um acidente de trabalho

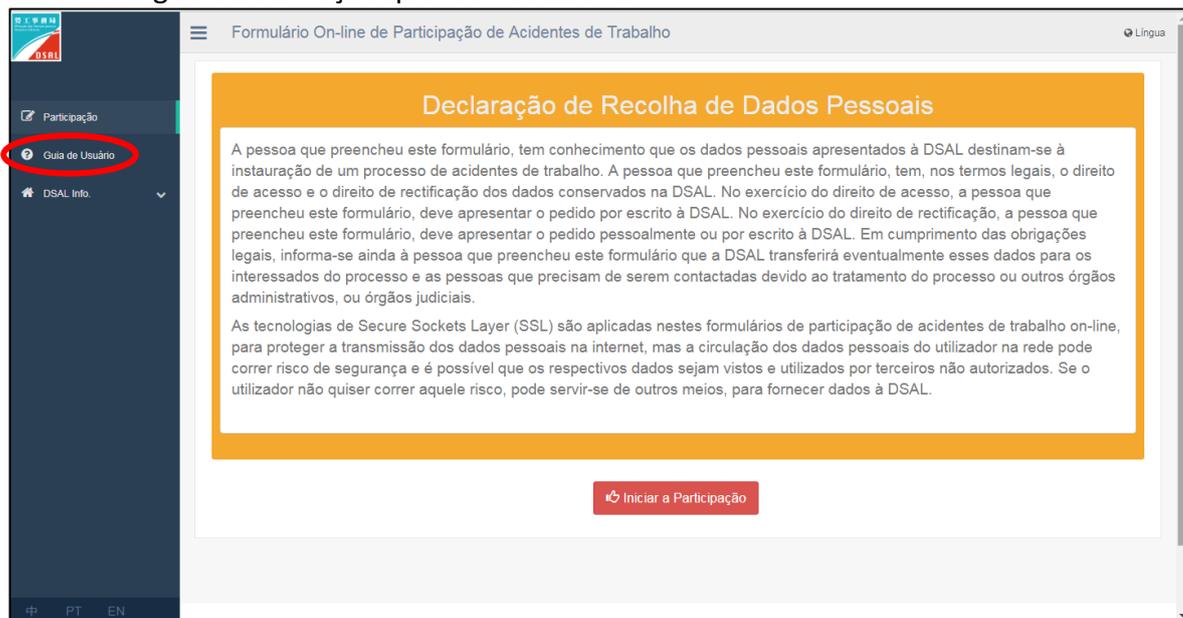
1. Vá à página electrónica para participação de acidentes de trabalho

<https://www3.dsal.gov.mo/InjuryOnline/Declaration>

2. Seleccione a língua (ver círculo vermelho)

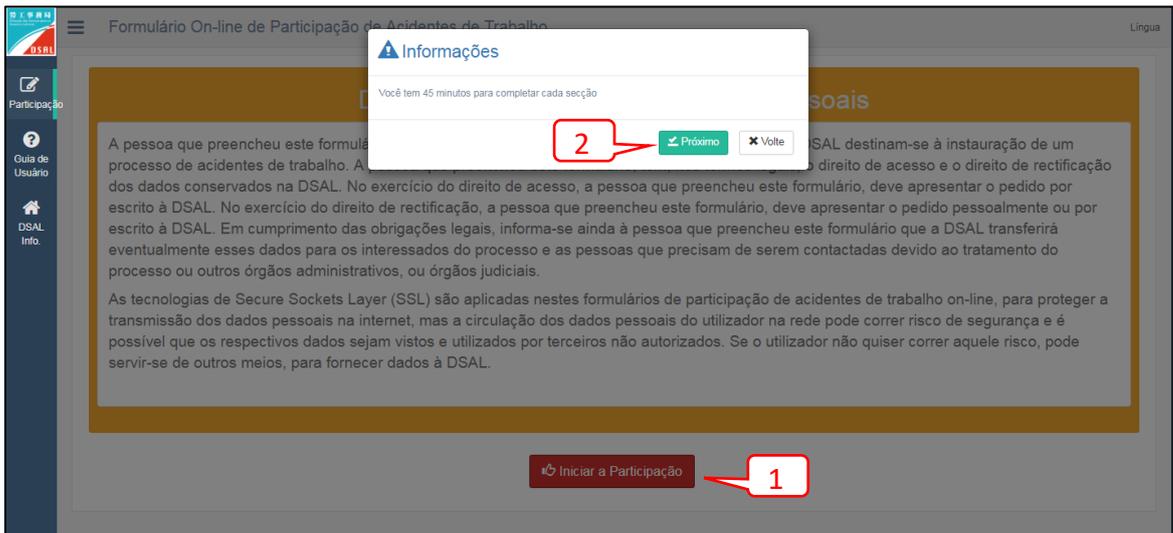


3. Consulte o guia de utilização quando necessário



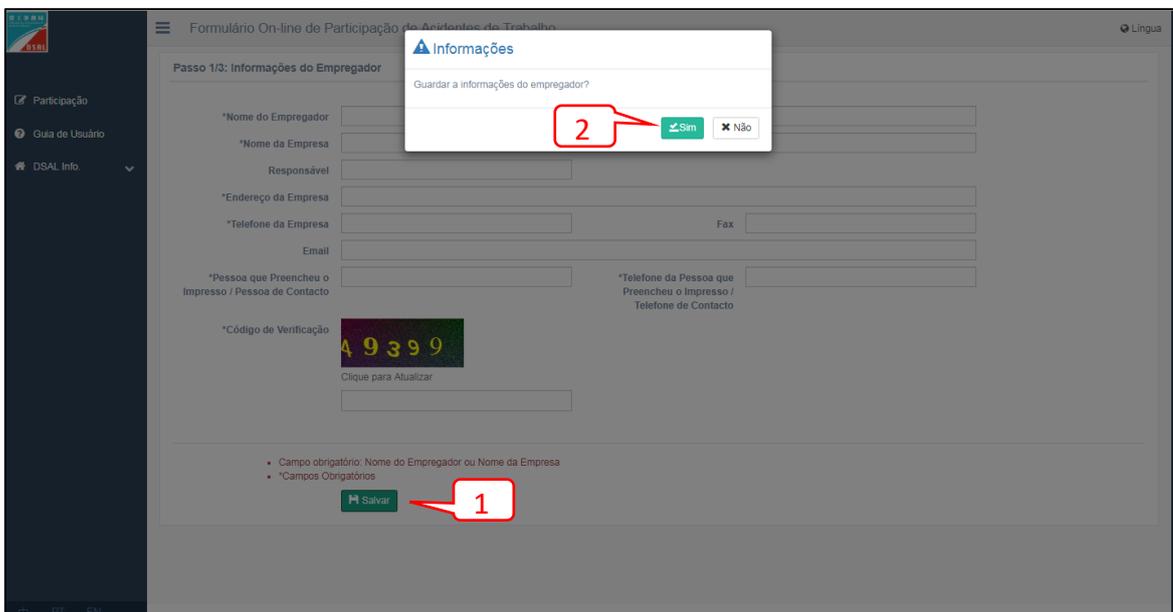
4. Iniciar a participação – tem 45 minutos para cada secção

Selecione “ **Iniciar a Participação** ” e “ **Próximo** ” para participar um acidente de trabalho



5. Introduza a informação do empregador

Introduza toda a informação. Após confirmar seleccione “ **Salvar** ” e “ **Sim** ” para registar os dados do empregador



6. Introduza a informação da vítima e do acidente

Introduza toda a informação. Após confirmar seleccione “  Salvar ” e “  Sim ” para registar a participação.

Informações do Sinistrado

*Nome em Chinês *Sexo Masculino Feminino

*Nome em Outra Língua

*Data de Nascimento Dia/Mês/Ano

*Tipo do Documento de Identificação Bilhete de Identidade de Residente de Macau

*Tipo de Trabalhador Residente Não residente

*País de Origem Macau

*Número do Documento de Identificação

Morada

*Número de telemóvel (Macau) *Outro Número de Contato

*Cargo Desempenhado

Data de Admissão Dia Mês Ano

Salário dos Últimos 3 Meses \$ O último mês \$ \$

- * Campo obrigatório: Nome em Chinês ou em Outra Língua
- * Campo obrigatório: Número de telemóvel (Macau) ou Outro Número de Contato

Informações do Acidente

*Local da Ocorrência

*Data da Ocorrência Dia/Mês/Ano

Hora da Ocorrência 24 Horas:Minutos

Acidente Ocorrido

Durante a Hora de Trabalho

Na Ida para o Local de Trabalho

No Regresso do Local de Trabalho

*Parte(s) do Corpo Lesadas

Cabeça Olhos Pescoço

Membros Superiores Mãos

Membros Inferiores Pés

Outras

*Causa(s) do Acidente

Favor de Indicar:

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

Favor de Indicar:

Outras

Favor de Indicar:

Consulta Médica Sim Não Desconhece

Internamento Hospitalar Sim Não Desconhece

Dias de Faltas Sim Dias Não Desconhece

Resumo do Acidente

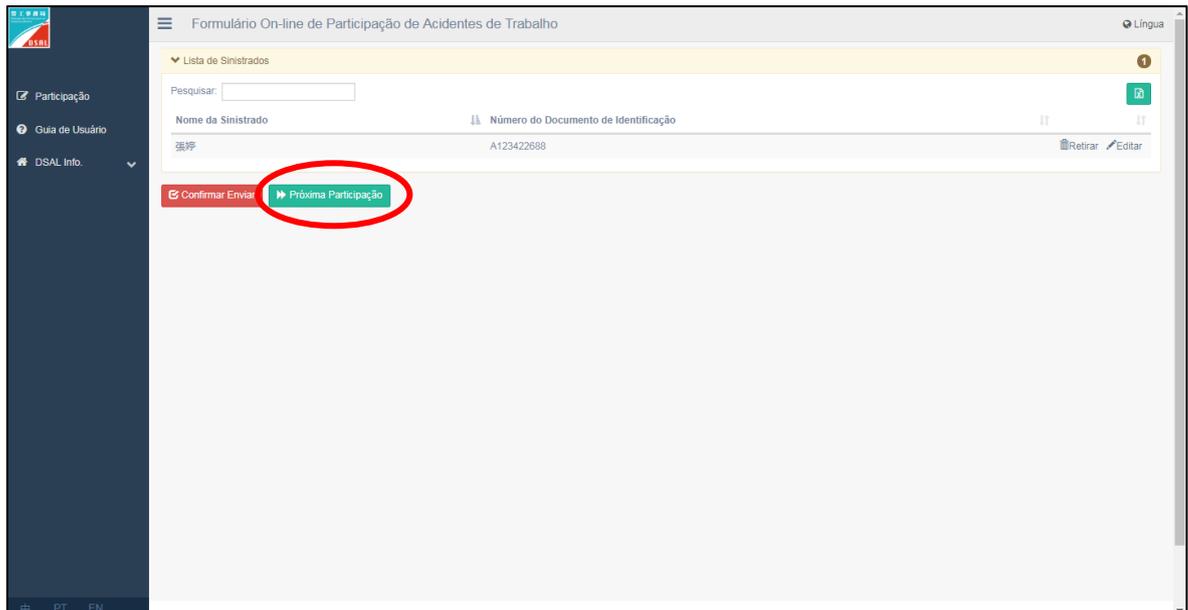
*Código de Verificação 38418

Clique para Atualizar

1 

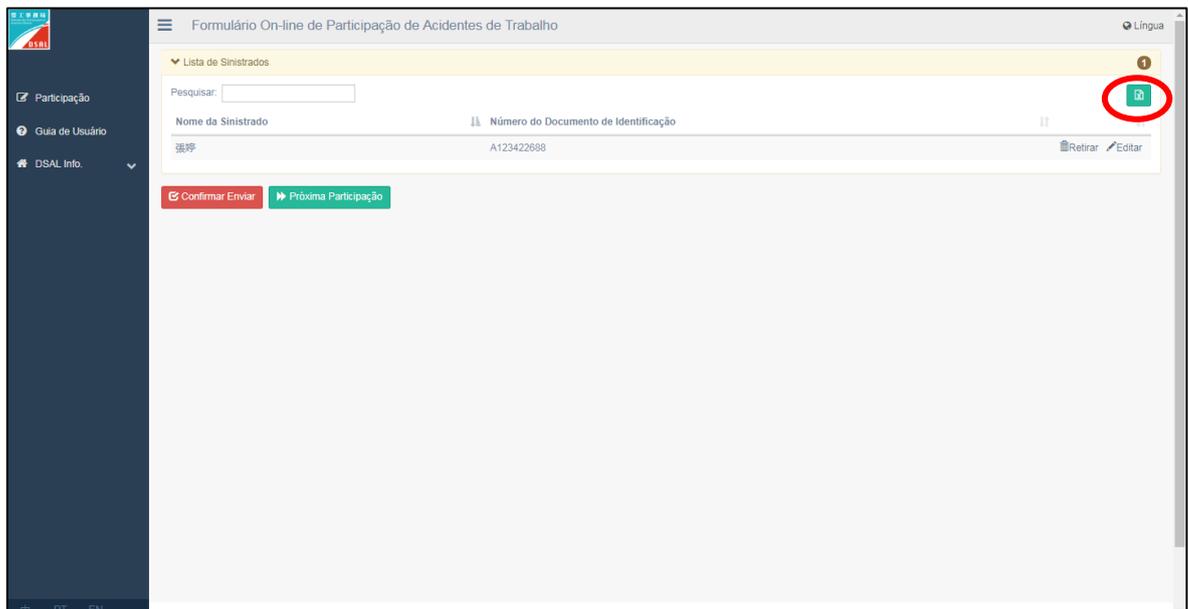
2  Sim Não

7. Selecciona “  Próxima Participação ” e repita os passos de 6 para participar outro acidente de trabalho

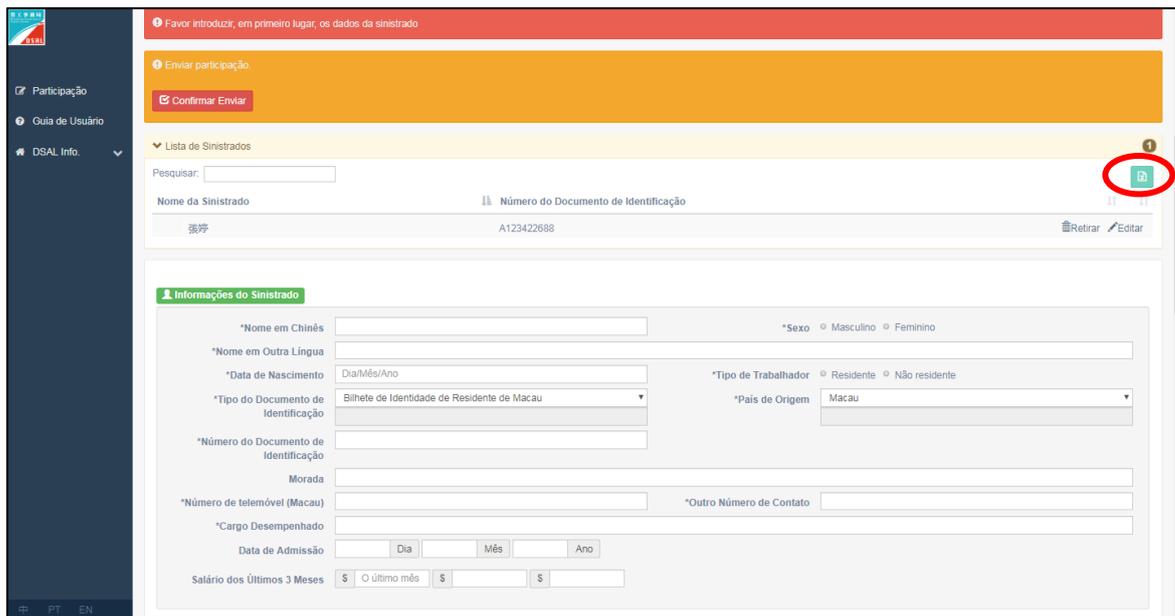


8. Após registar a participação, confirme se toda a informação está correcta antes de a submeter.

(1)A. Na página de confirmação da participação seleccione “  ”, ou



(1)B. Na página do relatório da participação seleccione “”



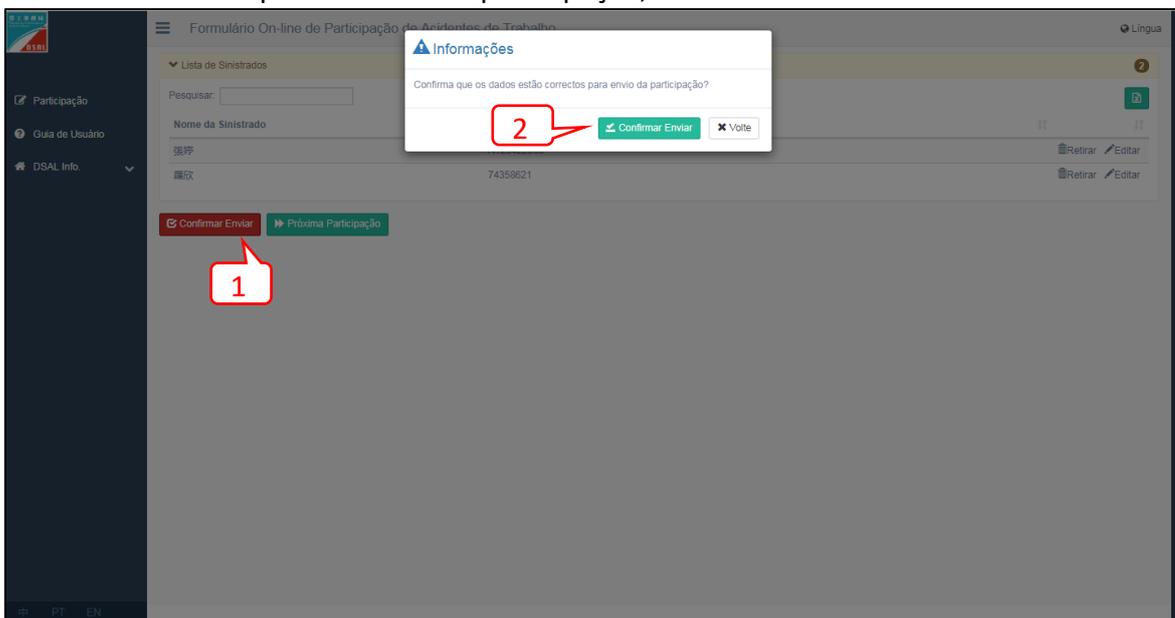
(2). Após seleccionar “”, verifique a informação do empregador e do acidente na tabela em EXCEL.

Informações do Empregador															
Nome do Empregador	Responsável	Nome da Empr	Endereço	Telefone	Fax	Email	Pessoa q	Telefone da Pessoa que Preencheu o Impresso / Telefone de Contacto							
CHEN DA MING	CHAN XIU MIN	CHEN KEI MET	123 Estrad	28196542	28196543	CHANKEI	David Lee	28196544							
Informações do Sinistrado															
Nome em Chinês	Nome em Outra	Data de Nascim	Sexo	Tipo de T	Pais de O	Tipo do D	Número d	Morada	Número d	Outro Nu	Cargo De	Data de A	Data de A	Data de A	Salário
張婷	ZHANG TING	06/06/1985	Feminino	Não reside	MEXICO	PASSPORT	A12342268	李白街256號	66666678	28125121	售貨員	2000	11	10	19000.0

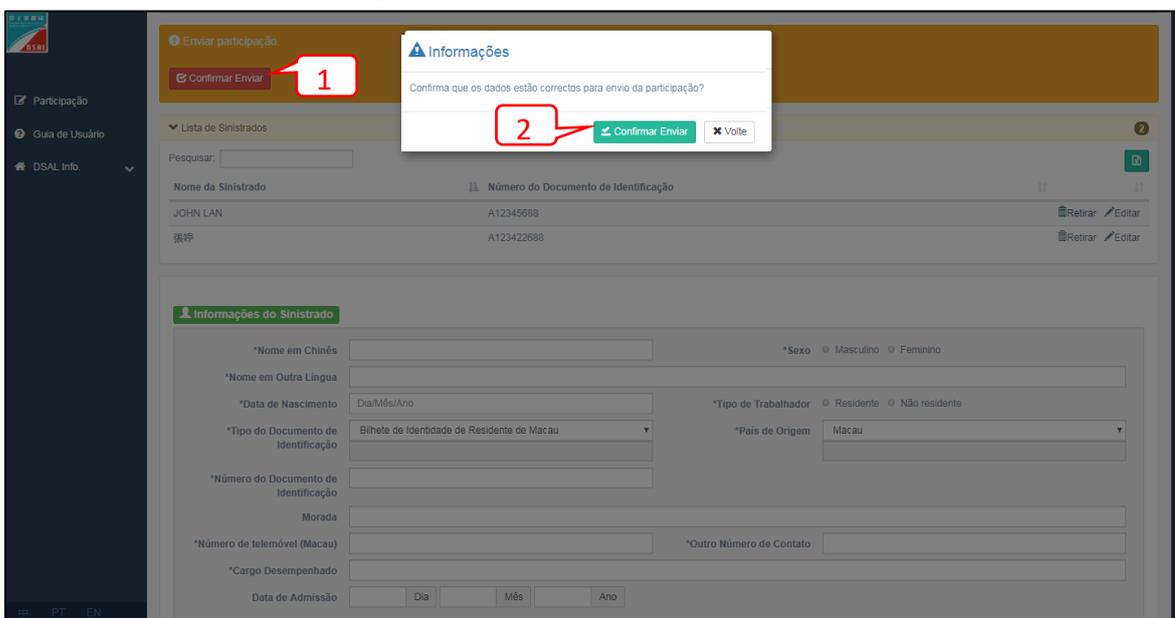
9. Antes de submeter a participação, pode alterar ou cancelar os dados do acidente de trabalho. Consulte a [Parte III: Alterar e cancelar os dados do acidente de trabalho antes de submeter](#)

10. Após confirmar que toda a informação do acidente de trabalho está correcta,

A. Na página de confirmação da participação seleccione “  ” e “  ” para submeter a participação, ou

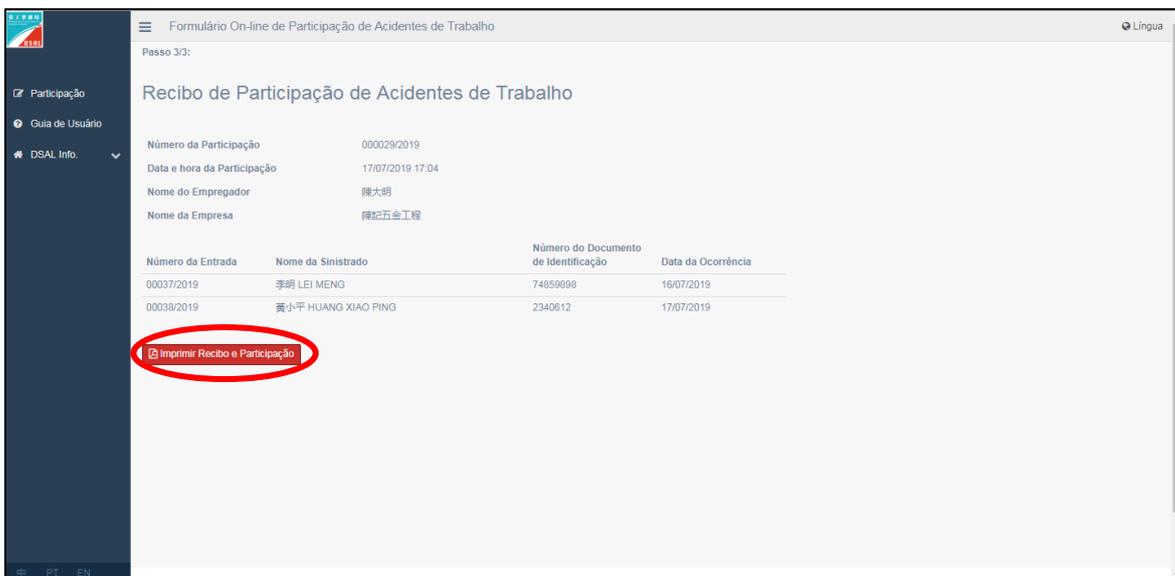


B. Na página do relatório da participação seleccione “  ” e “  ” para submeter a participação.

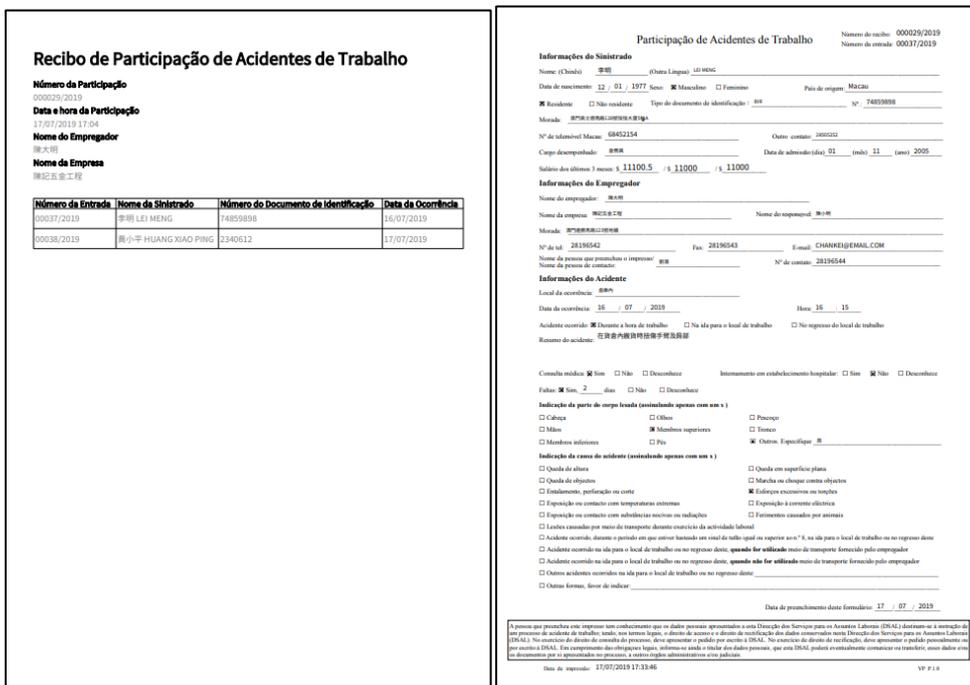


11. Após submeter a participação,

- (1). Selecciona “**Imprimir Recibo e Participação**” para imprimir o recibo e a participação do acidente



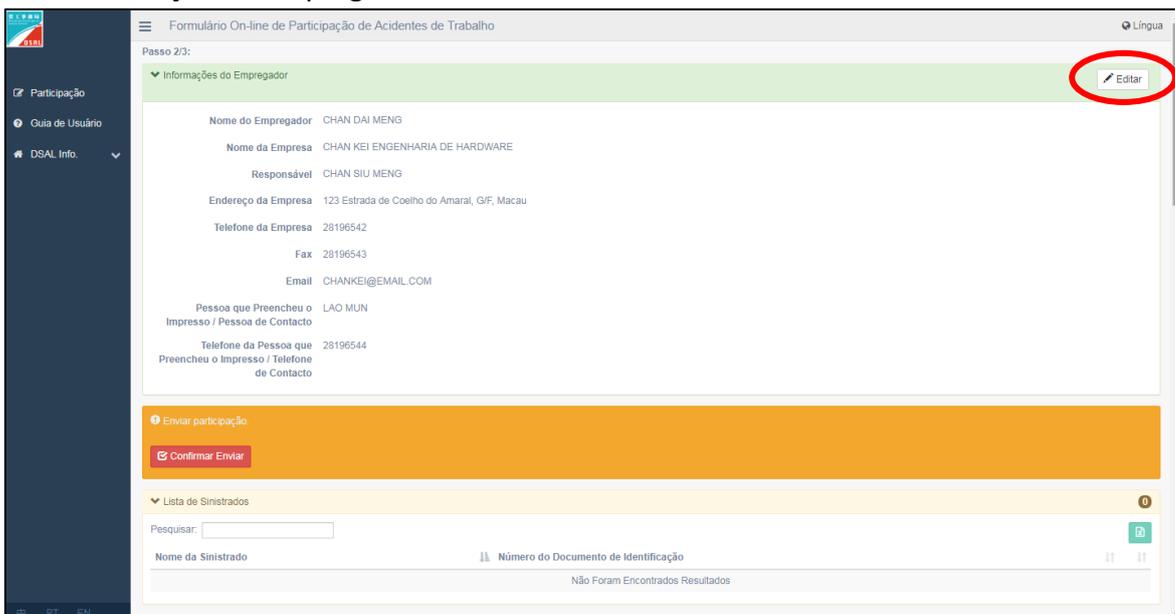
- (2). Na janela que aparece, selecciona “Imprimir” para imprimir o recibo e a participação do acidente.



Parte III: Alterar e cancelar os dados do acidente de trabalho antes de submeter

1. Alterar a informação do empregador

(1). Na página do relatório da participação seleccionar “” para alterar a informação do empregador antes de submeter



Formulário On-line de Participação de Acidentes de Trabalho

Passo 2/3:

Informações do Empregador

Nome do Empregador: CHAN DAI MENG

Nome da Empresa: CHAN KEI ENGENHARIA DE HARDWARE

Responsável: CHAN SIU MENG

Endereço da Empresa: 123 Estrada de Coelho do Amaral, G/F, Macau

Telefone da Empresa: 28196542

Fax: 28196543

Email: CHANKEI@EMAIL.COM

Pessoa que Preencheu o Impresso / Pessoa de Contacto: LAO MUN

Telefone da Pessoa que Preencheu o Impresso / Telefone de Contacto: 28196544

Enviar participação.

Confirmar Enviar

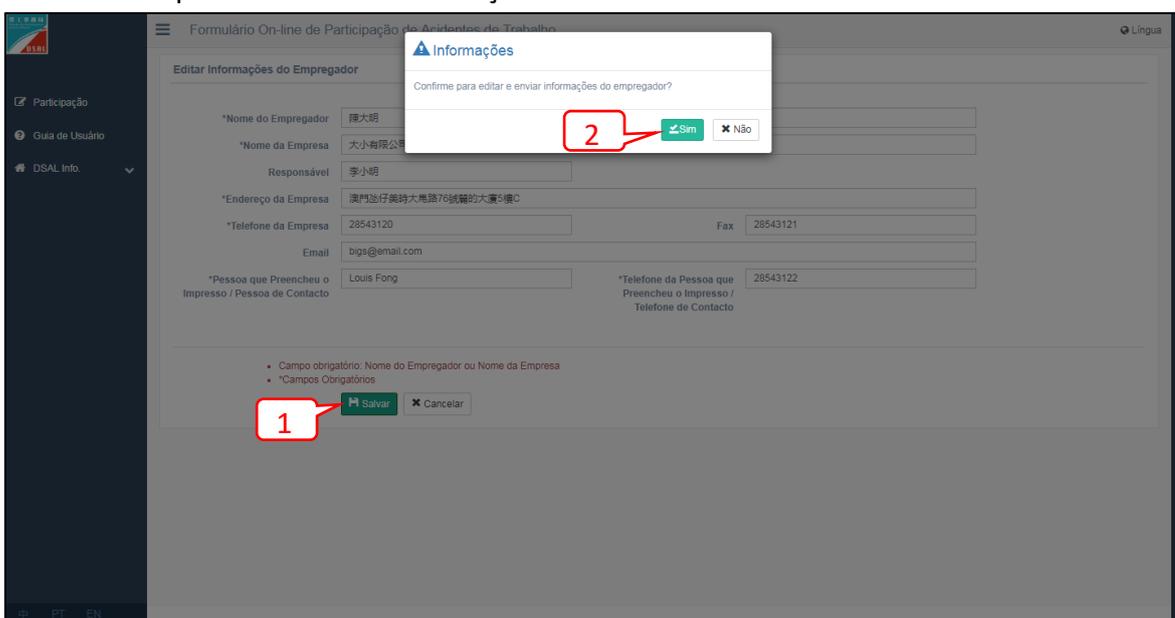
Lista de Sinistrados

Pesquisar: []

Nome da Sinistrado: [] Número do Documento de Identificação: []

Não Foram Encontrados Resultados

(2). Após alterar e confirmar que a informação está correcta, seleccione “” e “” para confirmar as alterações



Formulário On-line de Participação de Acidentes de Trabalho

Editar Informações do Empregador

Confirme para editar e enviar informações do empregador?

Nome do Empregador: 陳大明

Nome da Empresa: 大小有限公司

Responsável: 李小明

Endereço da Empresa: 澳門氹仔美時大馬路76號匯豐大廈5樓C

Telefone da Empresa: 28543120 Fax: 28543121

Email: bigs@email.com

Pessoa que Preencheu o Impresso / Pessoa de Contacto: Louis Fong

Telefone da Pessoa que Preencheu o Impresso / Telefone de Contacto: 28543122

1 Salvar Cancelar

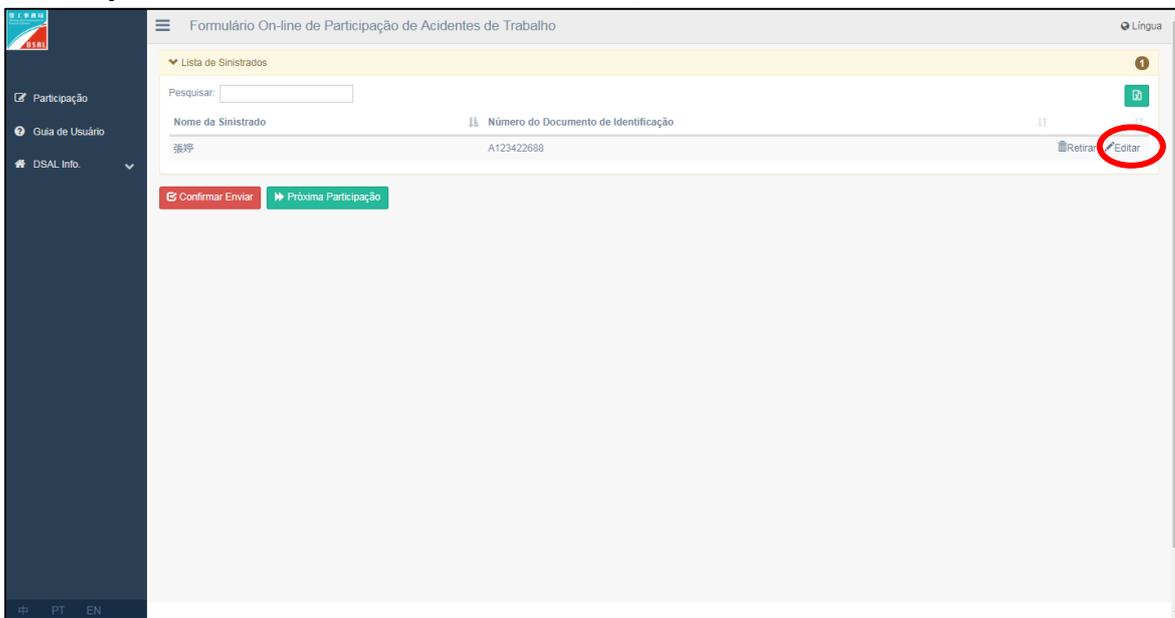
2 Sim Não

• Campo obrigatório: Nome do Empregador ou Nome da Empresa

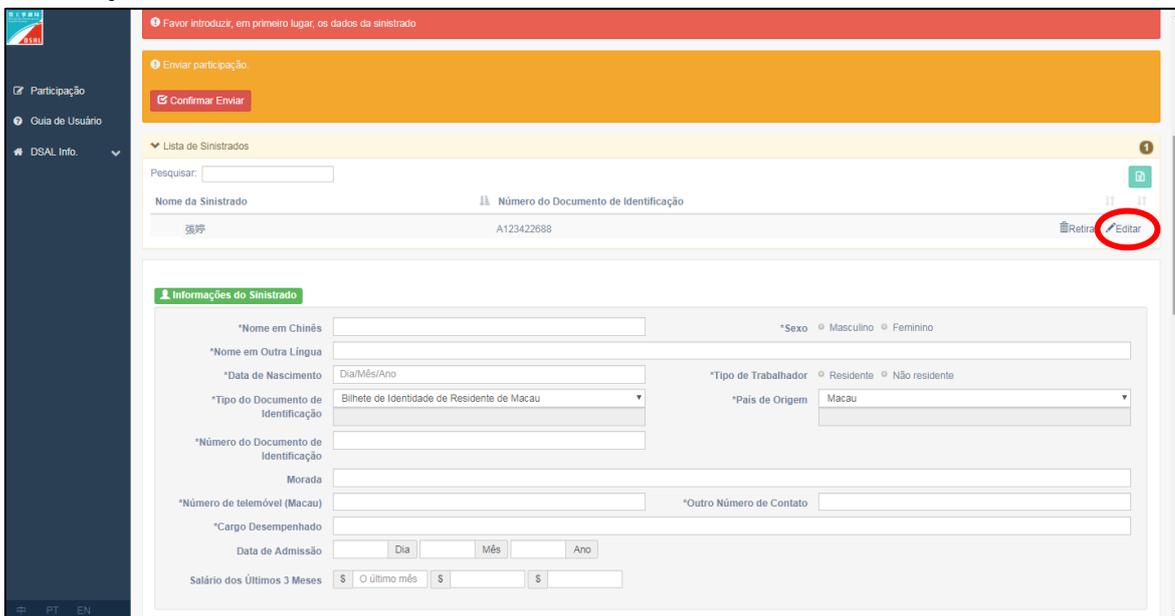
• Campos Obrigatórios

2. Alterar a informação da vítima ou do acidente de trabalho

(1)A. Na página de confirmação da participação, seleccione “  ” para alterar a informação da vítima ou do acidente de trabalho, ou



(1)B. Na página do relatório da participação seleccionar “  ” para alterar a informação da vítima ou do acidente de trabalho



(2) Após alterar e confirmar que a informação está correcta, seleccione “  Salvar ” e “  Sim ” para confirmar as alterações

Formulário On-line de Participação de Acidentes de Trabalho

Editar Detalhes da Participação

Informações do Sinistrado

*Nome em Chinês: 張婷 *Sexo: Masculino Feminino

*Nome em Outra Língua: ZHANG TING

*Data de Nascimento: 06/06/1985 *Tipo de Trabalhador: Residente Não residente

*Tipo do Documento de Identificação: Outros PASSPORT *País de Origem: Outros MEXICO

*Número do Documento de Identificação: A123422688

Morada: 李白街256號明珠大廈18樓G座

*Número de telemóvel (Macau): 66666678 *Outro Número de Contato: 28125121

*Cargo Desempenhado: 售貨員

Data de Admissão: 10 Dia 11 Mês 2000 Ano

Salário dos Últimos 3 Meses: \$ 19000.0 \$ 18000.0 \$ 17000.0

* Campos Obrigatórios: Nome em Chinês ou em Outra Língua
* Campo obrigatório: Número de Telemóvel (Macau) ou Outro Número de Contato

Informações do Acidente

*Local da Ocorrência: 美林街

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

Favor de Indicar: 推

Outras
 Favor de Indicar: 被人推

Consulta Médica: Sim Não Desconhece Internamento Hospitalar: Sim Não Desconhece

Dias de Faltas: Sim 7.0 Dias Não Desconhece

Resumo do Acidente: 中文版則所有可填項

* Campos Obrigatórios:  Salvar  Cancelar

Informações

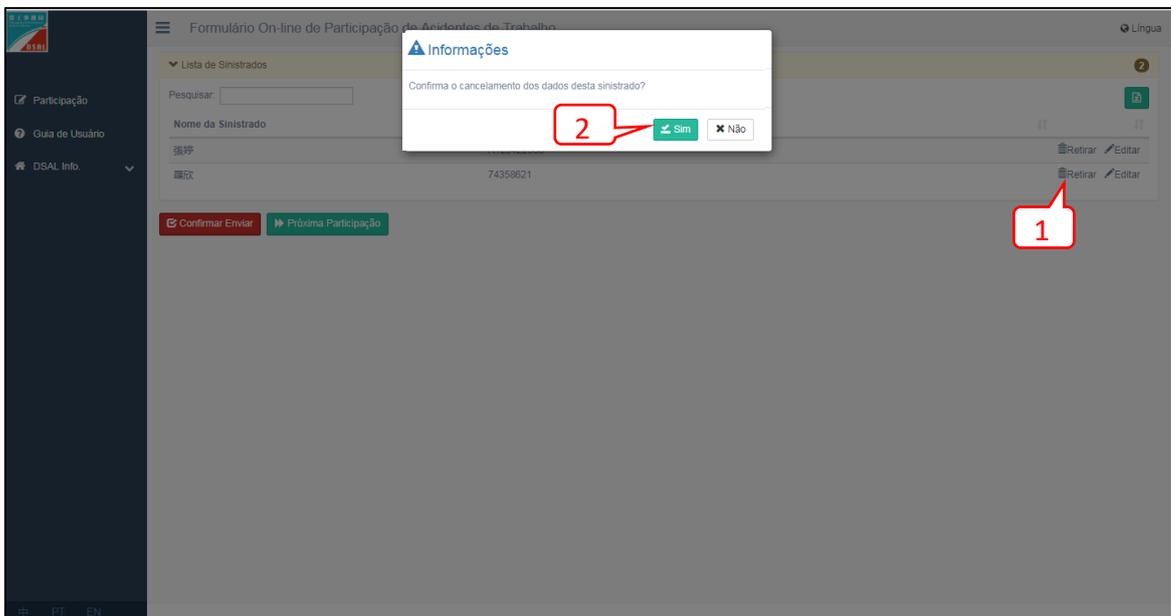
Confirme para editar e enviar a participação?

 Sim  Não

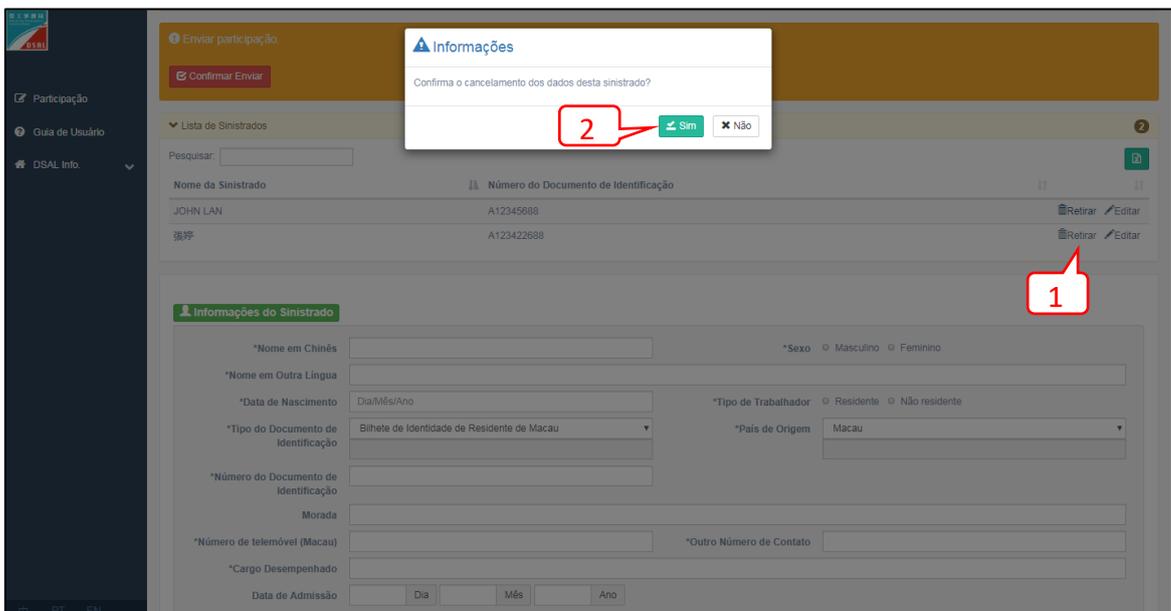
© DSAL
Use o Microsoft Edge, Internet Explorer 11+, Chrome ou FireFox

3. Cancelar a informação da vítima ou do acidente de trabalho

A. Na página de confirmação da participação, seleccione “Retirar” e “Sim” para cancelar os dados, ou



B. Na página do relatório da participação seleccionar “Retirar” e “Sim” para cancelar os dados



Parte IV: Aviso

1. Items marcados com “ * ” são de preenchimento obrigatório
2. Informação do empregador
 - (1). Pessoa singular (Empregador de trabalhador doméstico)
 - Nome do empregador: Preencha, por favor, com o nome do empregador de trabalhador doméstico (ex. Li Ming)
 - (2). Pessoa singular (empresário individual)
 - Nome do empregador : Preencha, por favor, com o nome (ex. Li Ming)
 - Nome da empresa: Preencha, por favor, com o nome da Dístico comercial (ex. Ming Ming Metal e Engenharia, Ming Ming Alimentação e Bebida, etc)
 - (3). Representante Legal (empresa ou outra organização)
 - Nome do empregador : Preencha, por favor, com o nome que aparece na certificação da criação da empresa ou emenda
 - Nome da empresa: Preencha, por favor, com o nome que aparece na certificação da criação da empresa ou emenda
 - (4). Associação sem fins lucrativos
 - Nome do empregador : Preencha, por favor, com o nome que consta do registo
3. Informação da vítima
 - (1). Nome em Chinês, Nome estrangeiro: um deles deve ser disponibilizado
 - (2). Nome em Chinês: Só em caracteres chineses
 - (3). Nome estrangeiro: Cada nome deve ser separado por um espaço (ex. CHAN TAI MAN), se utilizar ", " esta deve ser separada por um espaço após (e.x. MA, CHO CHA MA)
 - (4). Número de telemóvel Macau, outro número de contacto : um deles deve ser disponibilizado
 - (5). Tipo de documento de identificação : se seleccionar “Outros”, o tipo de documento deve ser especificado
 - (6). País de origem : se seleccionar “Outros”, o país de origem deve ser especificado
 - (7). Salário dos últimos 3 meses: remuneração base dos 3 meses anteriores ao mês da lesão

4. Informação sobre o acidente

- (1). Parte /partes do corpo lesada : Se seleccionar “Outros”, a parte/partes do corpo lesada devem ser especificadas
- (2). Causa/causas do acidente : Se seleccionar “Outros”, a causa/causas do acidente devem ser especificadas
- (3). Resumo do acidente: para preencher com descrições do acidente e outra informação suplementar. Máximo de 200 caracteres.