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

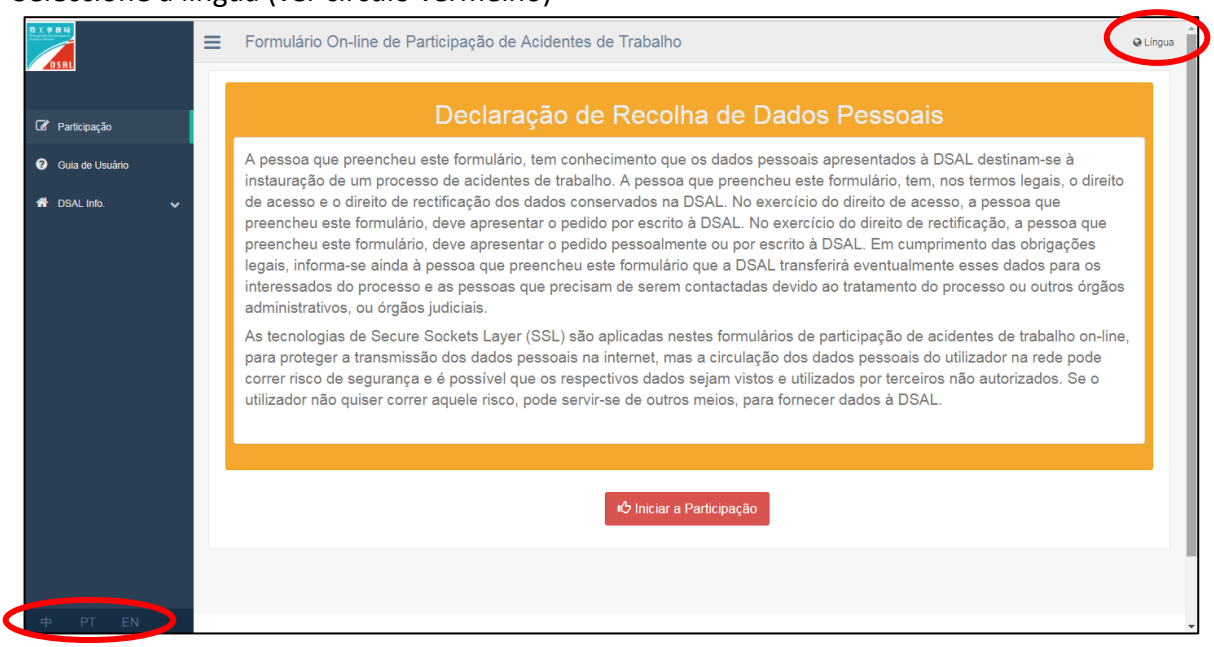
Parte I: Introducão

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.

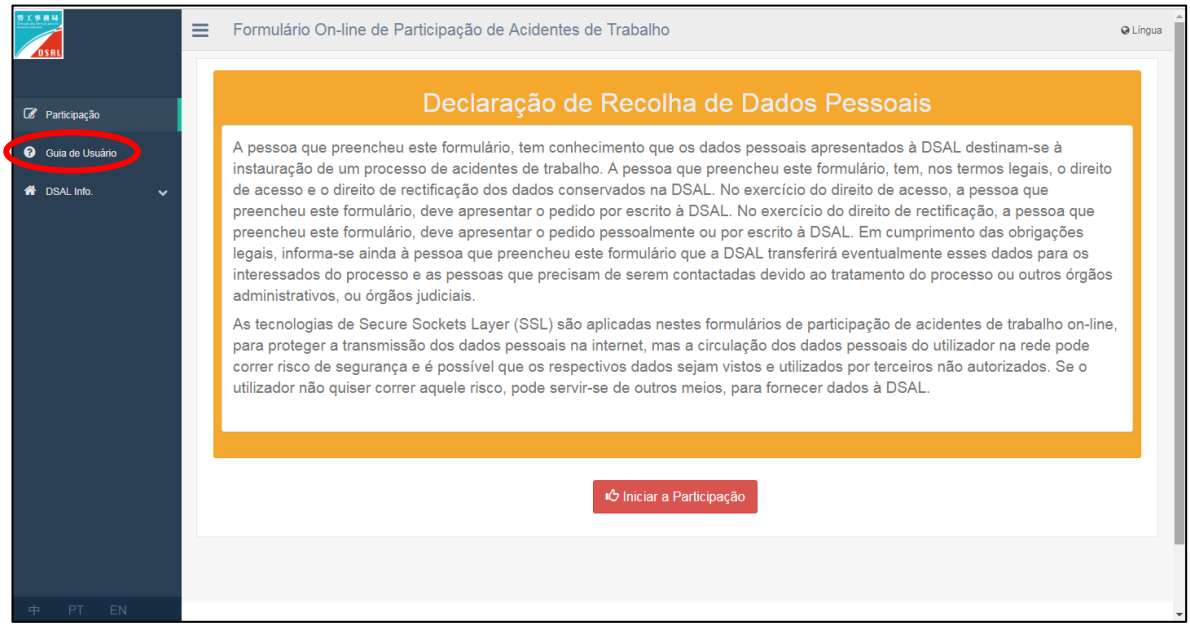
Parte II: Participar um acidente de trabalho

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)

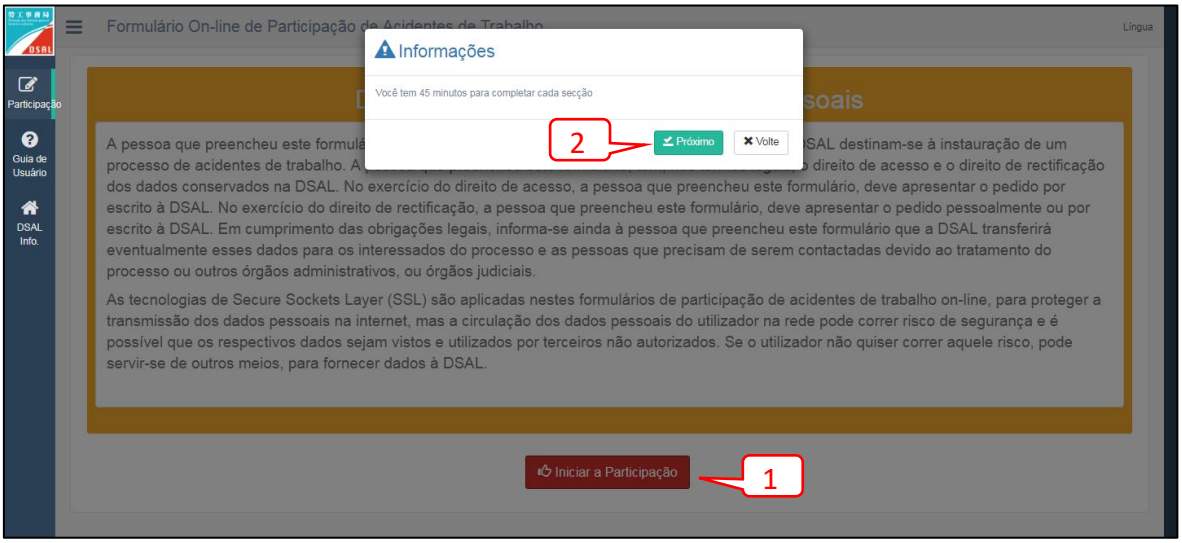


3. Consulte o guia de utilização quando necessário



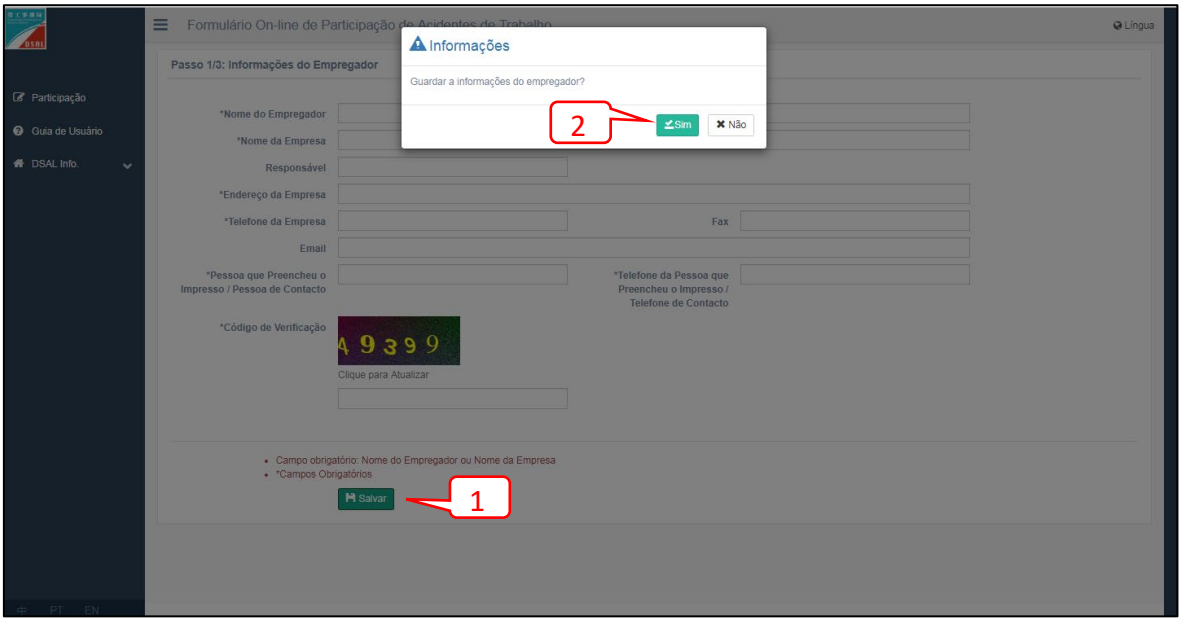
4. Iniciar a participação – tem 45 minutos para cada secção

   Seleccione "Iniciar a Participação" e "Próximo" para participar um acidente de trabalho



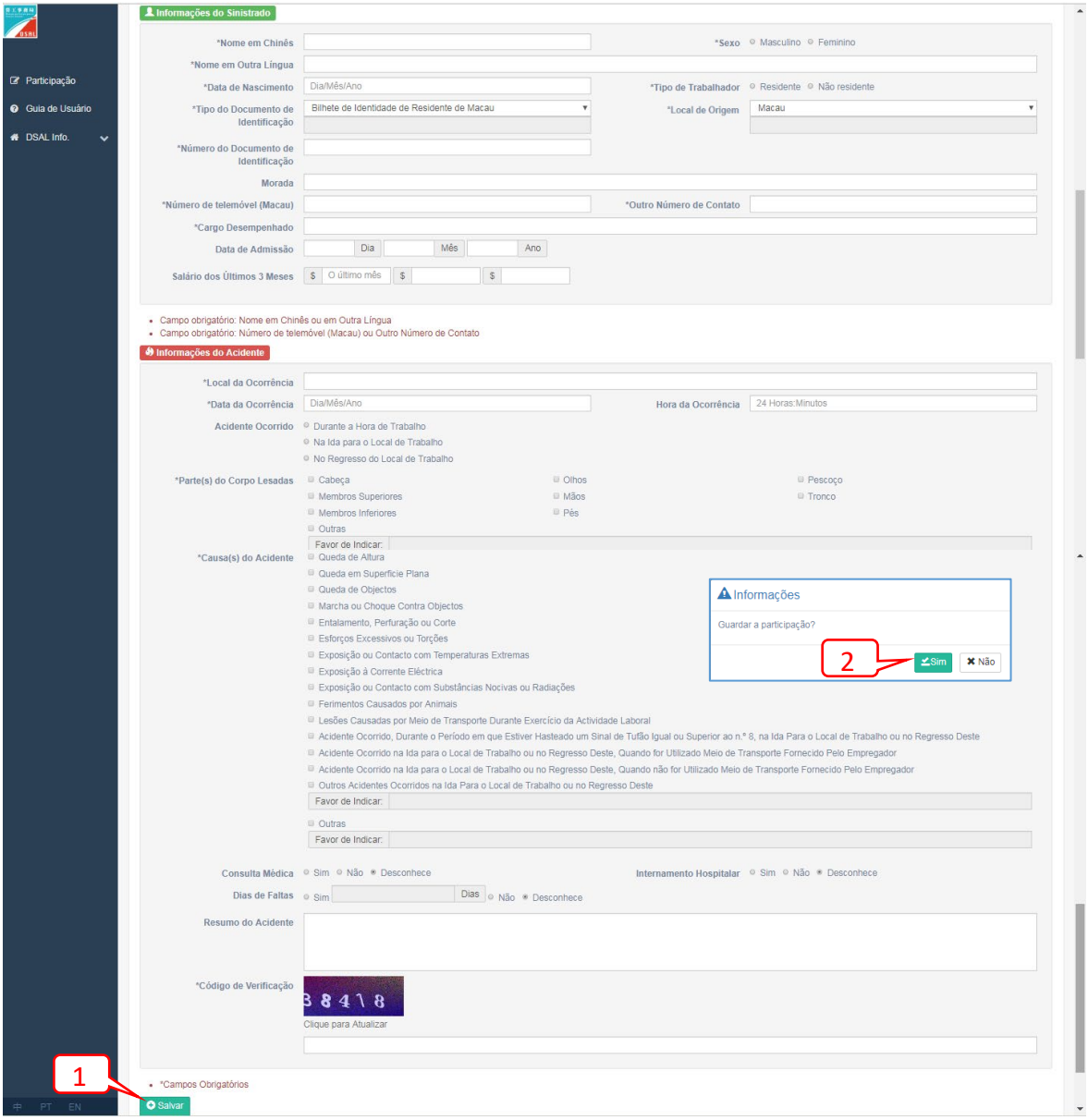
5. Introduza a informação do empregador

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

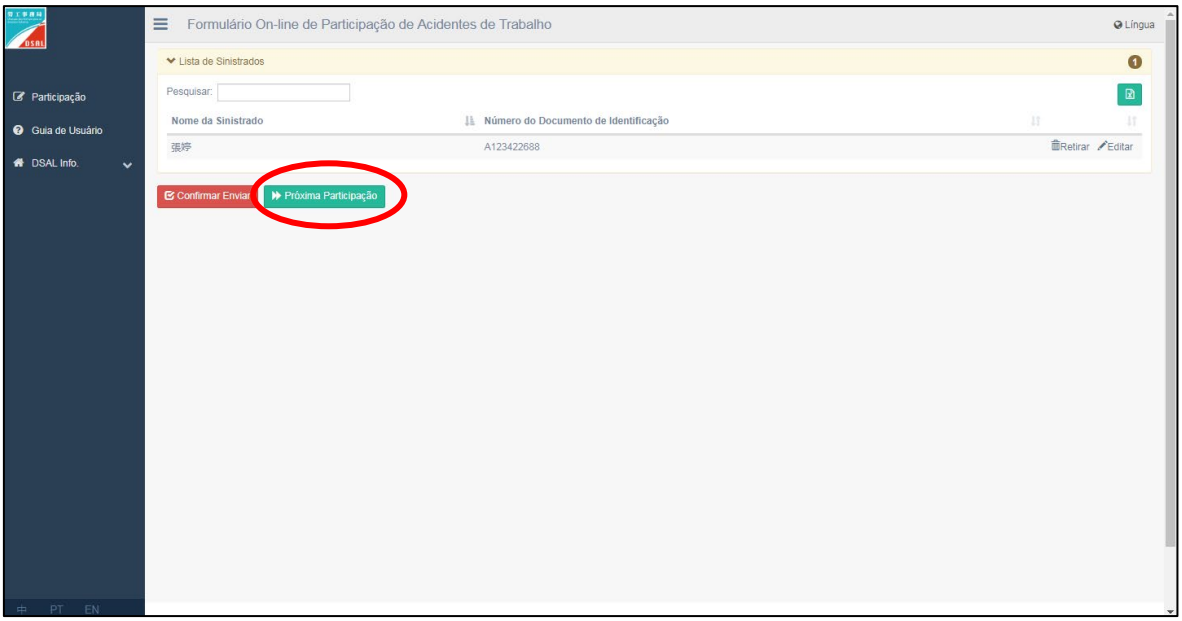


6. Introduza a informação da vítima e do acidente

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

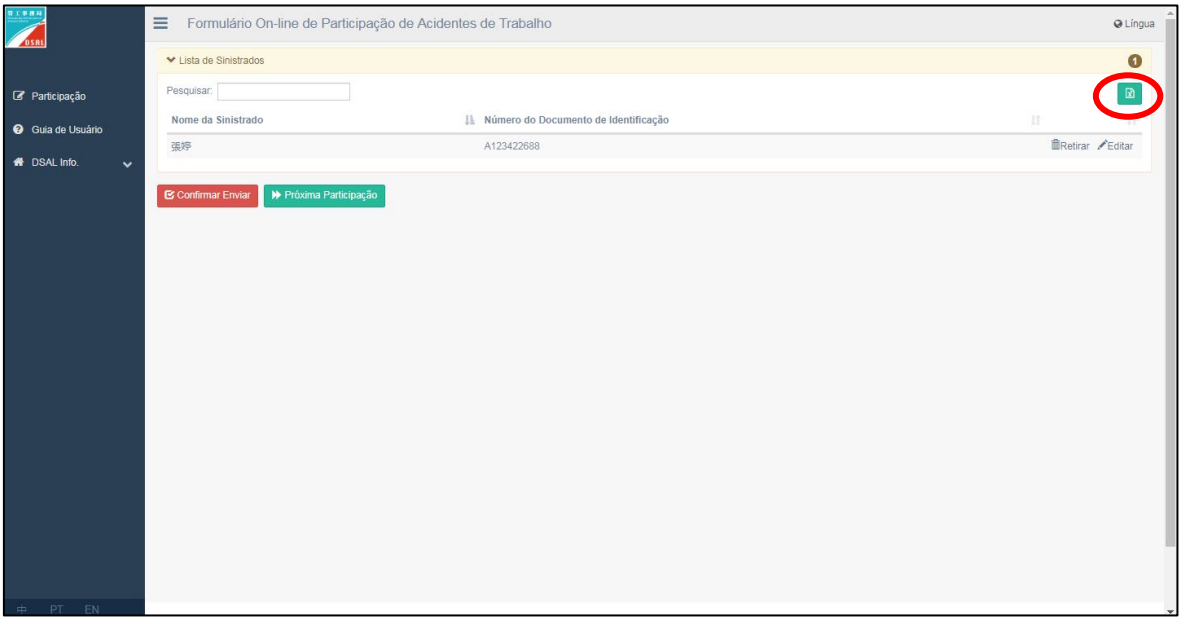


7. Seleccione "Próxima Participação" e repita os passos de 6 para participar outro acidente de trabalho

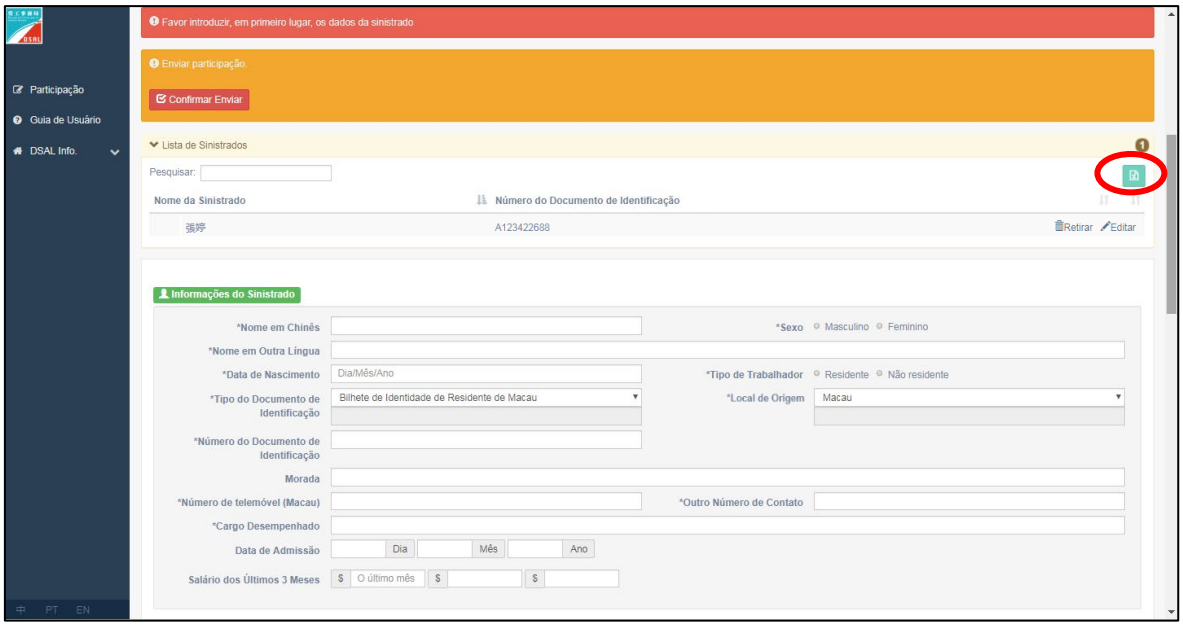


8. Após registar a participação, confirme se toda a informação está correcta antes de a submeter.

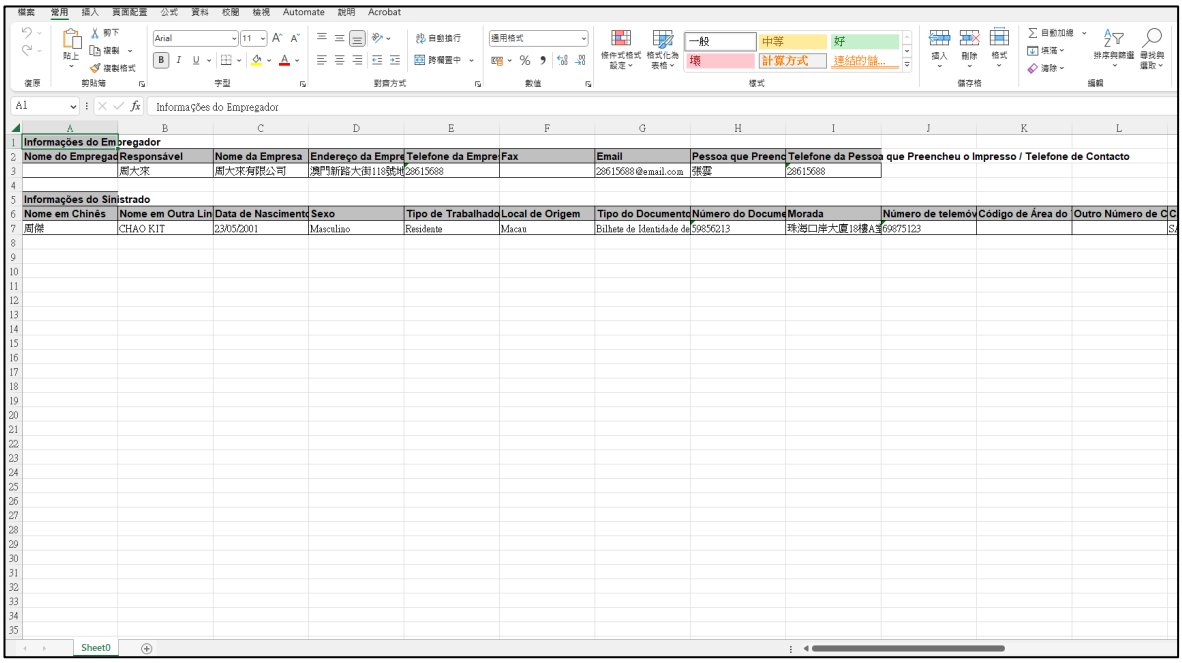
(1)A. Na página de confirmação da participação seleccione "" , ou



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



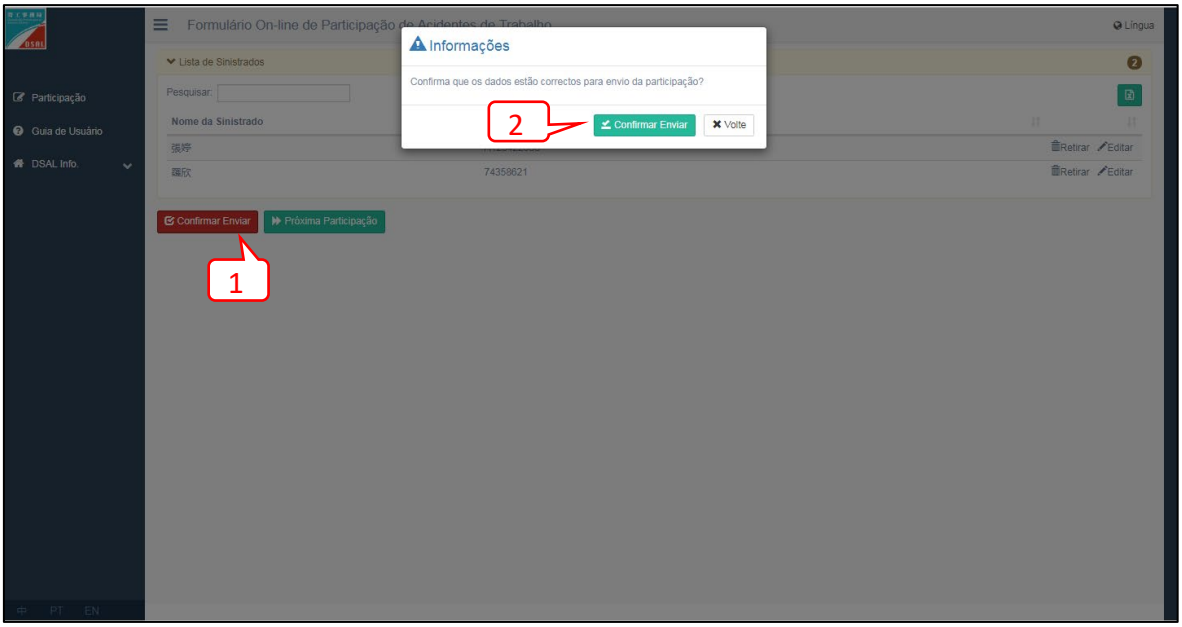
(2). Após seleccionar “ ”, verifique a informação do empregador e do acidente na tabela em EXCEL.



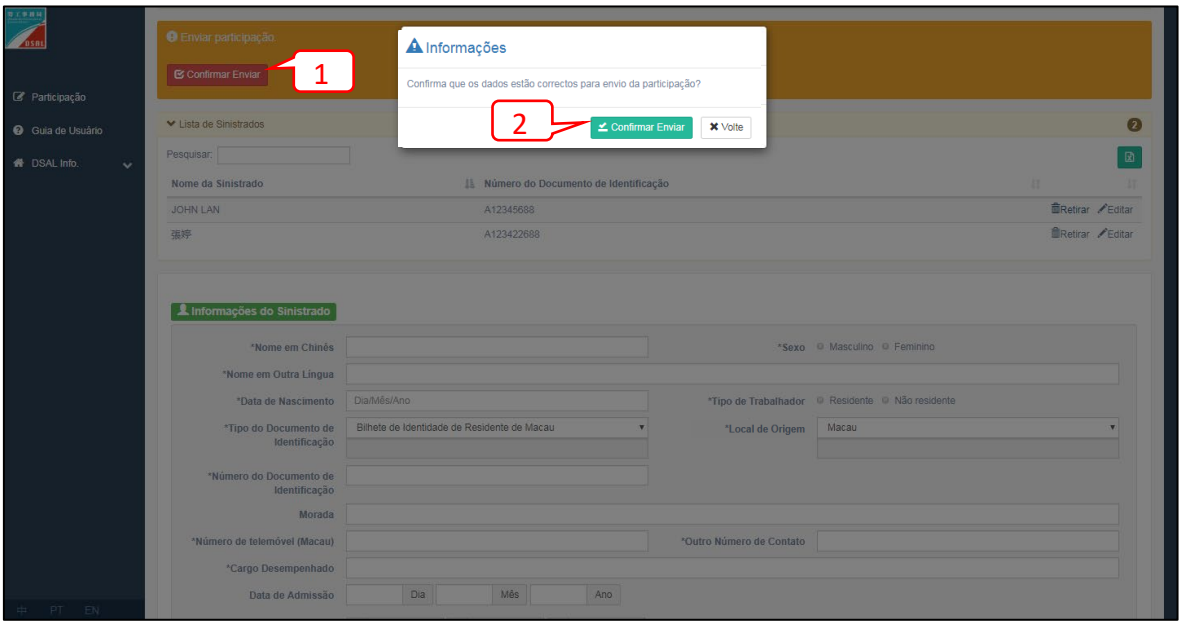
9. Antes de submeter a participação, pode alterar ou cancelar os dados do acidente de trabalho. Consulte a [Parte III: Alterar e cancelar os dados do acidente de trabalho antes de submeter]

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

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



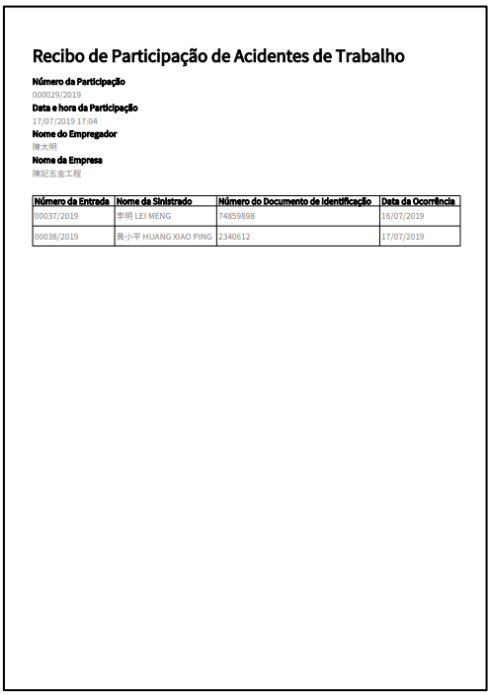
B. Na página do relatório da participação seleccione “ Confirmar Enviar ” e “ Confirmar Enviar ” para submeter a participação.



11. Após submeter a participação,

(1). Seleccione "Imprimir Recibo e Participação" para imprimir o recibo e a participação do acidente, clique em "Finalizado" para completar a participação

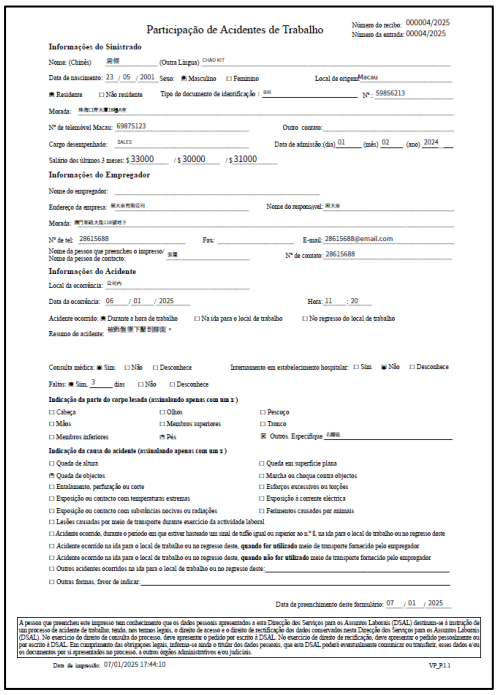
(2). Na janela que aparece, seleccione "Imprimir" para imprimir o recibo e a participação do acidente.



Recibo de Participação de Acidentes de Trabalho

Número da Participação
000029/2019
Data e hora da Participação
17/07/2019 17:04
Nome do Empregador
陳大明
Nome da Empresa
陳記五金工程

Número da Entrada	Nome da Sinistrado	Número do Documento de Identificação	Data da Ocorrência
00037/2019	李明 LEI MENG	74859898	16/07/2019
00038/2019	黃小平 HUANG XIAO PING	2340612	17/07/2019



Participação de Acidentes de Trabalho

Número do recibo: 000004/2025
Número da entrada: 00004/2025

Informações do Sinistrado

Nome: (Chinês) 周朋 (Outra Língua) CHAO KIT

Data de nascimento: 23 / 05 / 2001 Sexo: ■ Masculino □ Feminino Local de origem Macau

■ Residente □ Não residente Tipo do documento de identificação : BI Nº. 59856213

Morada: 珠海口岸大廈3楼8室

Nº de telemóvel Macau: 69875123 Outro contato:

Cargo desempenhado: SALES Data de admissão (dia) 01 (mês) 02 (ano) 2024

Salário dos últimos 3 meses: $ 33000 / $ 30000 / $ 31000

Informações do Empregador

Nome do empregador:

Endereço da empresa: 同大來有限公司 Nome do responsável: 周大來

Morada: 澳門氹仔大馬路114號地下

Nº de tel: 28615688 Fax: E-mail: 28615688@email.com

Nome da pessoa que preenchen o impresso/ Nome da pessoa de contacto: 張 Nº de contato: 28615688

Informações do Acidente

Local da ocorrência: 氹仔

Data da ocorrência: 06 / 01 / 2025 Hora: 11 : 20

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

Resumo do acidente: 被掛在電梯下面的掛鉤 *

Consulta médica: ■ Sim □ Não □ Desconhece Internamento em estabelecimento hospitalar: □ Sim ■ Não □ Desconhece

Faltas: ■ Sim 3 dias □ Não □ Desconhece

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

□ Cabeça □ Olhos □ Pescoço
□ Mãos □ Membros superiores □ Tronco
□ Membros inferiores ■ Pés ☒ Outros. Especifique: 右腳踝

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 haviado 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:

Data de preenchimento deste formulário: 07 / 01 / 2025

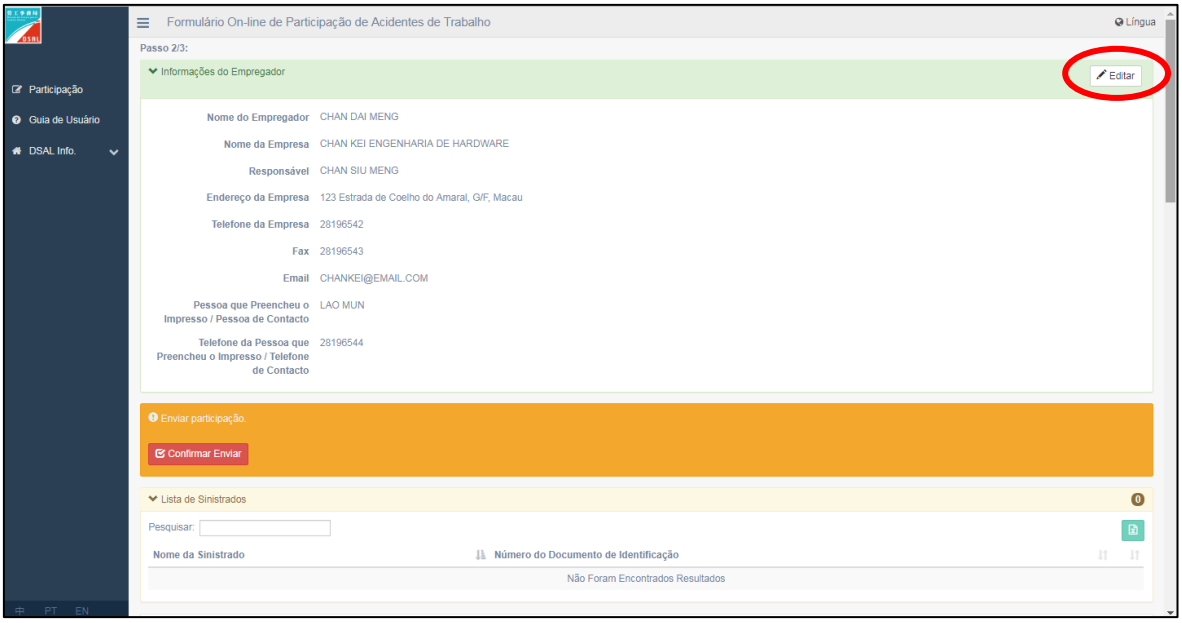
A pessoa que preenchen este impresso tem conhecimento que os dados pessoais apresentados a esta Direcção dos Serviços para os Assuntos Laborais (DSAL) destinam-se à instrução de um processo de acidente de trabalho, tendo, nos termos legais, o direito de acesso e o direito de rectificação dos dados conservados 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 do 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 podem eventualmente comunicar ou transferir, estes dados e/ou os documentos por si apresentados no processo, a outros órgãos administrativos e/ou judiciais.

Data de impressão: 07/01/2025 17:44:10 VP_P1.1

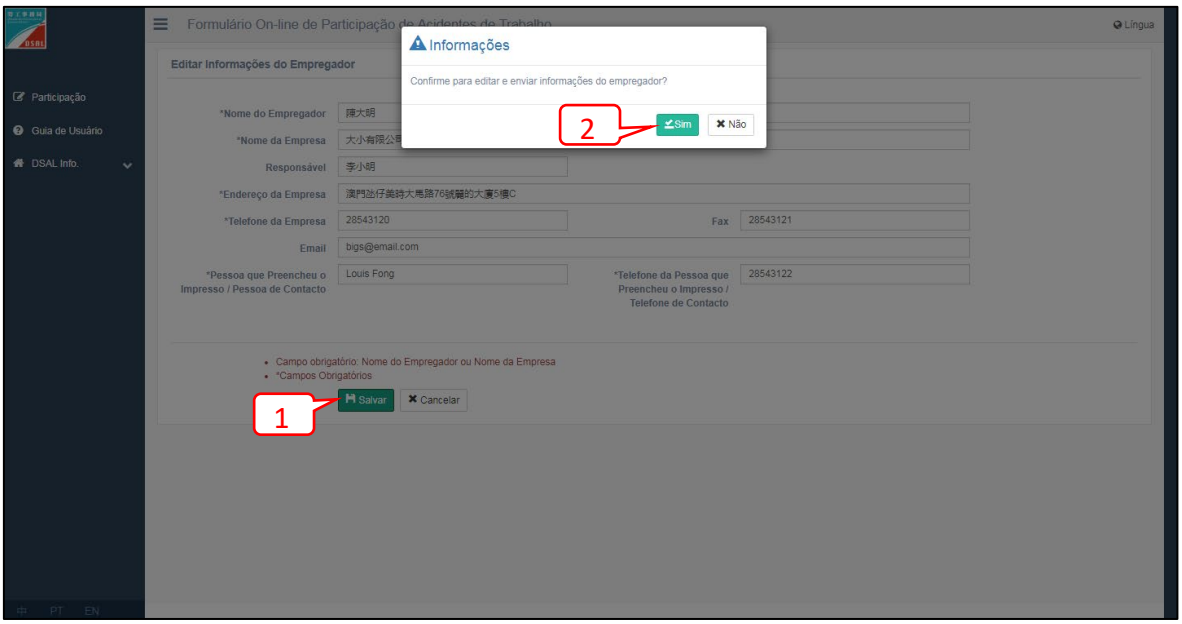
Parte III: Alterar e cancelar os dados do acidente de trabalho antes de submeter

1. Alterar a informação do empregador

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

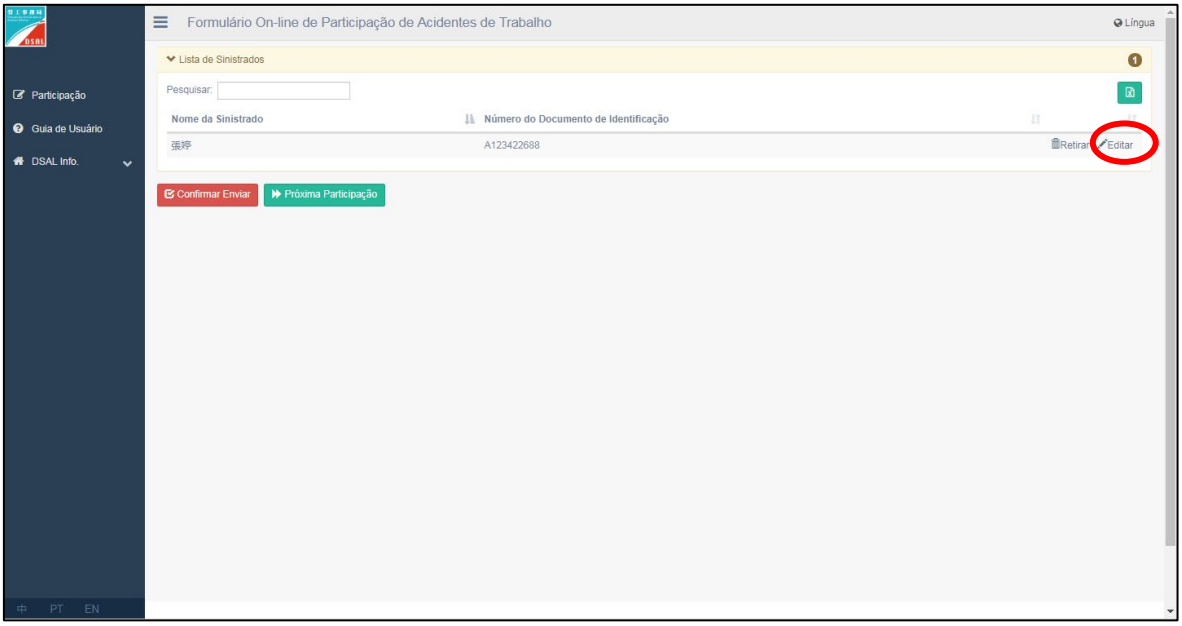


   (2). Após alterar e confirmar que a informação está correcta, seleccione " Salvar " e " Sim " para confirmar as alterações

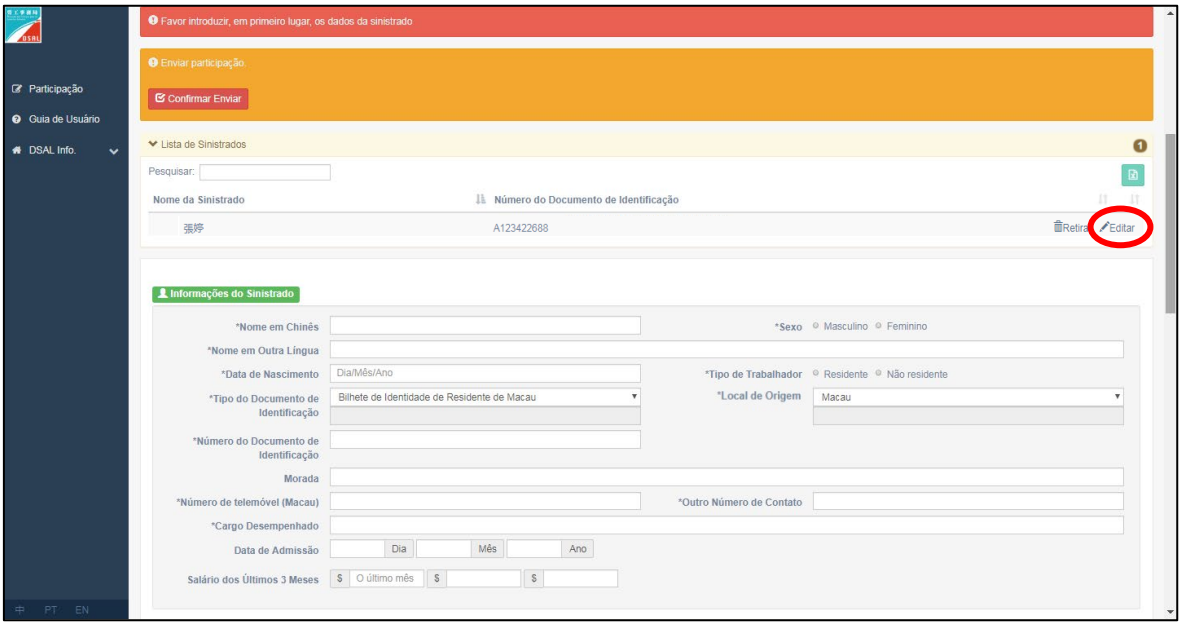


2. Alterar a informação da vítima ou do acidente de trabalho

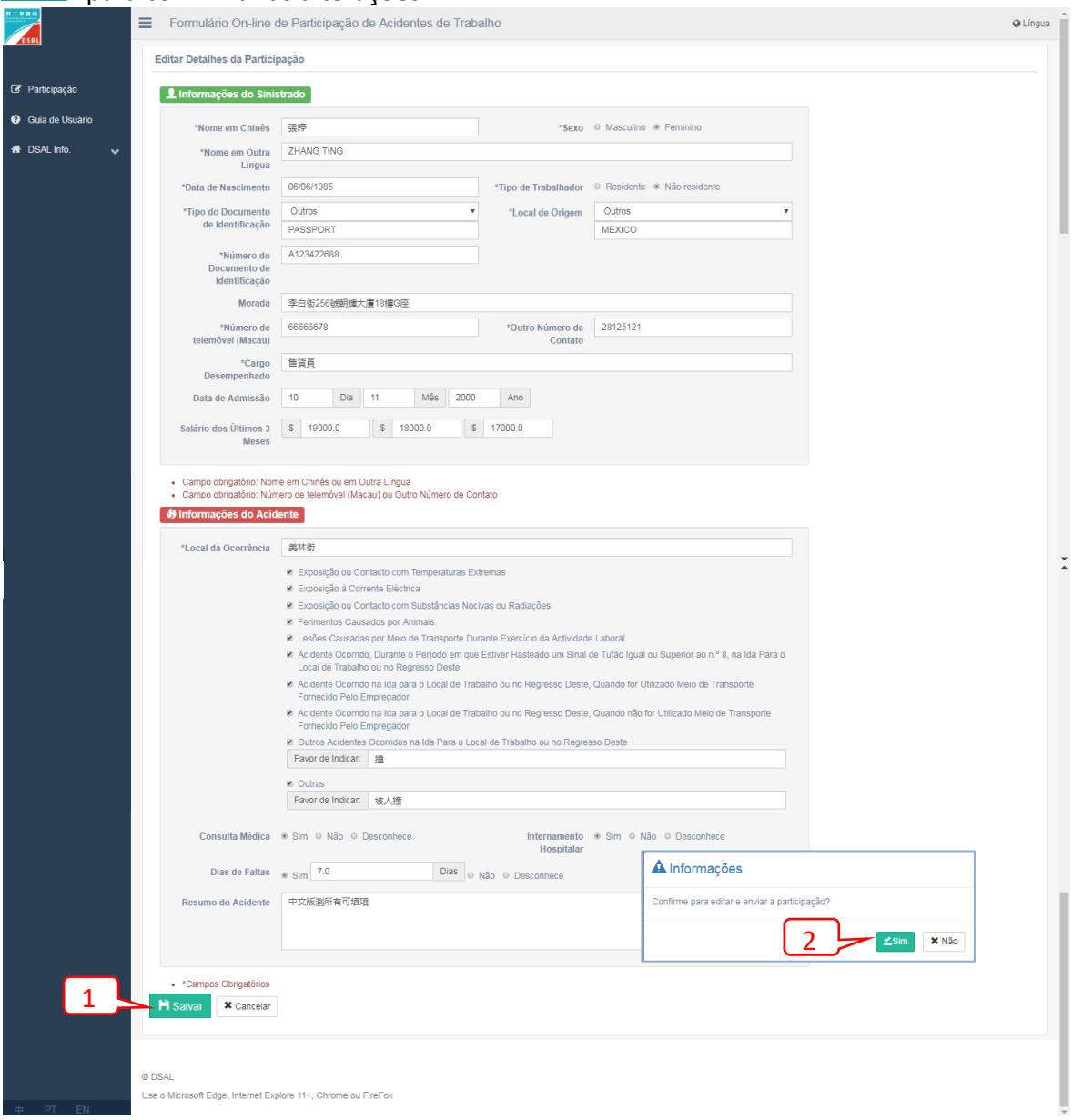
(1)A. Na página de confirmação da participação, seleccione "Editar" para alterar a informação da vítima ou do acidente de trabalho, ou



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

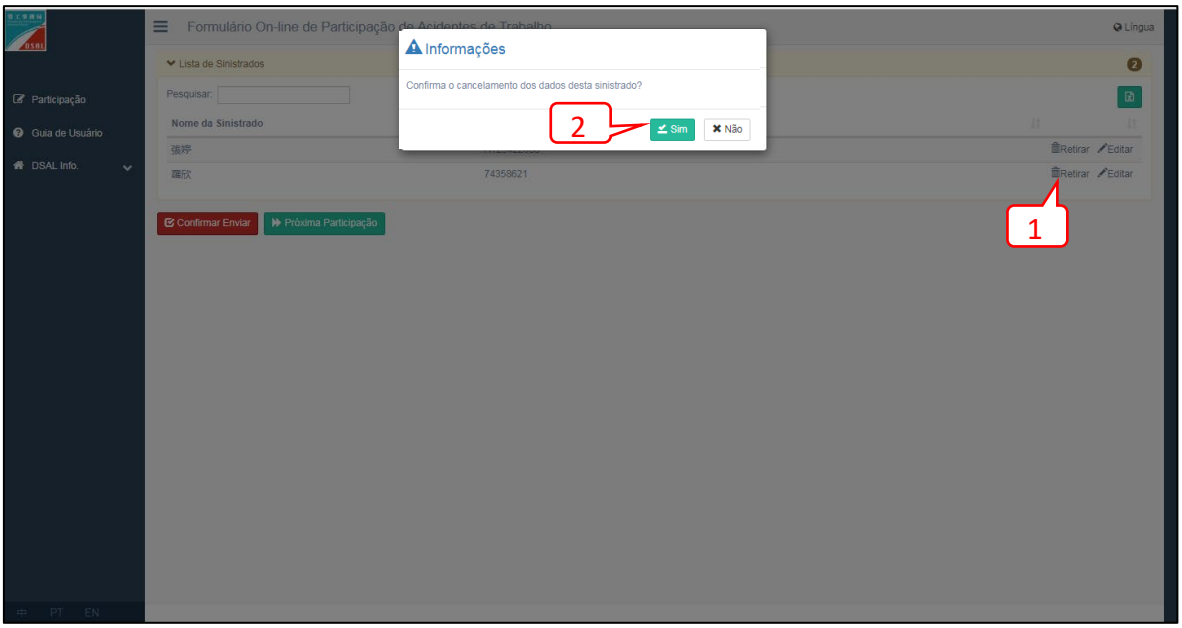


(2) Após alterar e confirmar que a informação está correcta, seleccione "Salvar" e "Sim" para confirmar as alterações

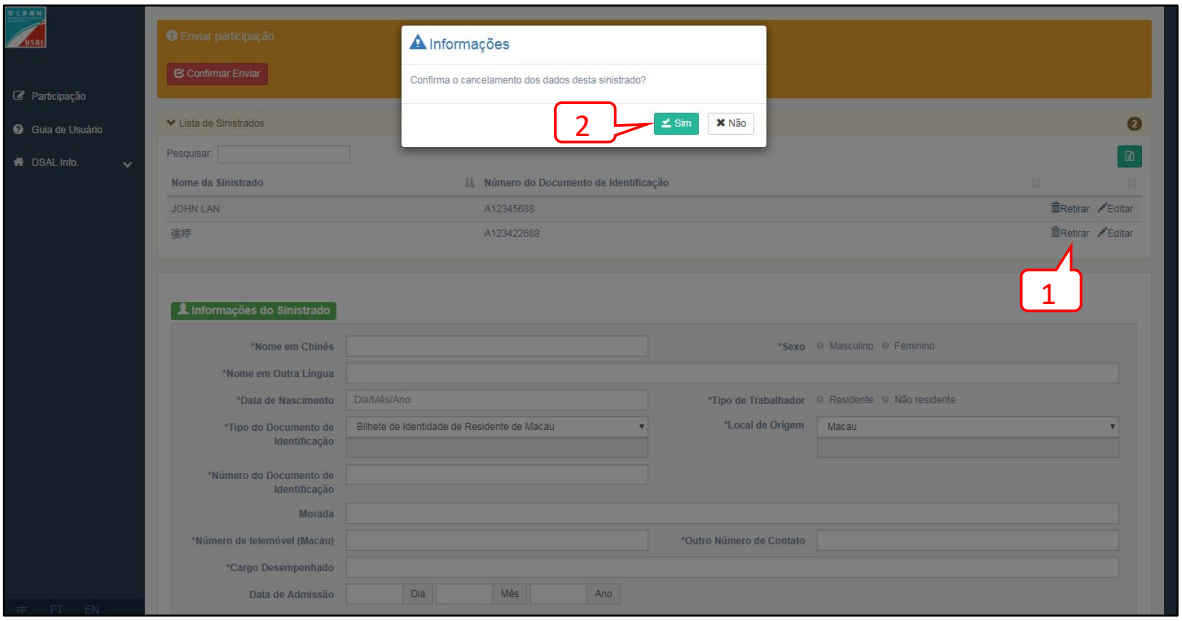


3. Cancelar a informação da vítima ou do acidente de trabalho

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 (empresárío 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.