THE COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
Department of Industrial Accidents

1 Congress Street, Suite 100
Boston, Massachusetts 02114-2017

QUANDO PREENCHER O FORMULÁRIO 101
PRIMEIRO RELATÓRIO DE ACIDENTE/FATALIDADE DO EMPREGADOR
WHEN TO FILL OUT THE FORM 101
EMPLOYER FIRST REPORT OF INJURY/FATALITY

Este formulário deve ser preenchido quando um funcionário fica lesionado, ou alega uma lesão, e é incapaz de **ganhar um salário completo por cinco ou mais dias** (segunda a domingo). É da responsabilidade do empregador reportar o alegado acidente, e se concorda ou não com a reclamação do trabalhador.
Este formulário deve ser apresentado no prazo de **sete (7) dias úteis** (não contando os domingos e feriados), a partir do quinto dia da incapacidade.
O formulário com a assinatura original deve ser enviado para o DIA. Você deve fazer **três (3)** cópias adicionais:

- Uma para o trabalhador.
- Uma para a companhia de seguros.
- Uma para o seu arquivo

O Formulário 101 deve ser preenchido da forma mais completa possível. Abaixo, se encontram informações adicionais em como preencher alguns dos quadrados selecionados do formulário. Os restantes quadrados relevantes também devem ser preenchidos.

Quadrado 1 -- Por favor, escreva ou digite o apelido, o nome, e o segundo nome do empregado, como o saiba.

Quadrado 5 -- Por favor, escreva ou digite o endereço do empregado.

Quadrado 5a -- Por favor, escreva ou digite a língua nativa do empregado, utilizando os códigos da língua no verso do formulário.

Quadrado 8-- Por favor, indique a data que o empregado foi contratado.

Quadrado 9-- Por favor, escreva a data de nascimento do empregado.

Quadrado 10 -- Por favor, escreva o valor do salário bruto semanal do empregado

Quadrado 11 -- Por favor, escreva ou digite o nome completo da sua empresa.

Quadrado 13 -- Por favor, escreva o endereço da empresa. Este é o endereço que quaisquer avisos oficiais serão enviado.

Quadrado 15 -- Por favor, escreva o seu código industrial. Um diretório de códigos se encontra na parte de trás do formulário. Se não consegue encontrar um número de código apropriado, use 99.

Quadrado 16 -- Por favor, escreva o nome da companhia de seguros da indemnização por acidentes de trabalho (não o agente que vendeu a apólice).

Quadrado 18 -- Se sua empresa é certificada pela DIA como uma auto-seguradora, selecione sim. Se não for, selecione não.

Quadrado 20 -- Por favor, escreva a data em que o empregado sofreu o acidente, ou alegado acidente. Se não tem certeza, coloque o último dia completo que o empregado trabalhou.

Quadrado 20a -- Por favor, escreva ou digite o número da reclamação/caso que a companhia de seguros da indemnização por acidentes de trabalho atribuíu ao seu caso.

Quadrado 23 -- Por favor, digite o **primeiro dia calendário** que o empregado foi incapacitado (total ou parcialmente), devido à sua lesão.

Quadrado 24 -- Por favor, digite o **quinto dia calendário** que o empregado foi incapacitado (total ou parcialmente), devido à sua lesão.

Quadrado 29 -- Por favor, indique a data em que foi informado sobre o acidente.

Quadrado 31 -- Indique o código lesão e um código da parte(s) do corpo, a partir das listas na parte de trás do formulário. Se não consegue encontrar um código apropriado, use 999

Quadrado 32 -- Por favor, liste os nomes de eventuais testemunhas do acidente.

Quadrado 33 -- Indicar se o empregado retornou ou não ao trabalho.

Quadrado 34 -- Por favor, escreva a data em que o empregado retornou ao trabalho, se for aplicável.

Quadrado 37 -- Por favor, escreva o nome da pessoa preenchendo o formulário (isto não pode ser o trabalhador lesionado).

Quadrado 39 -- Por favor, assine aqui (a assinatura original tem de ser no formulário enviado para o DIA).

Quadrado 40 -- A data em que o formulário foi preenchido deve ser indicada neste espaço.

Quadrado 40a -- Por favor, escreva ou digite o endereço de correio eletrónico da pessoa preenchendo este formulário.