

**Artículo 10.º****Puntos de contacto**

Para los efectos de la implementación de lo dispuesto en el presente Acuerdo y teniendo como principal objetivo el intercambio regular de información y la definición de las acciones a ejecutar, así como la evaluación de los resultados a ser alcanzados, las Partes se comprometen, en un plazo que no debe exceder los tres meses posteriores a la entrada en vigor del presente Acuerdo, a proceder a la identificación e intercambio de puntos de contacto.

**Artículo 11.º****Solución de controversias**

Cualquier controversia que surja entre las Partes, relativa a la interpretación y/o aplicación del presente Acuerdo, no resueltas en el ámbito de la Comisión Mixta será solucionada mediante negociación, por vía diplomática.

**Artículo 12.º****Revisión**

1 — El presente Acuerdo puede ser objeto de revisión a pedido de cualquiera de las Partes.

2 — Las enmiendas entrarán en vigor en los términos previstos en el artículo 15.º del presente Acuerdo.

**Artículo 13.º****Vigencia y denuncia**

1 — El presente Acuerdo permanecerá en vigor por un periodo de tres (3) años, renovable automáticamente por periodos iguales.

2 — Cualquiera de las Partes podrá denunciar el presente Acuerdo, mediante notificación previa por escrito y por vía diplomática.

3 — La denuncia producirá efecto ciento ochenta días (180) después de la fecha de recepción de la respectiva notificación por la otra Parte.

4 — La denuncia del presente Acuerdo no afectará la realización de los programas y/o proyectos en curso que hayan sido formalizados durante su vigencia, a menos que las Partes acuerden lo contrario.

**Artículo 14.º****Suspensión**

1 — Cada una de las Partes podrá suspender, total o parcialmente, la aplicación del presente Acuerdo de cara a la imposibilidad superviniente temporal de la ejecución del mismo.

2 — La suspensión de la aplicación del presente Acuerdo así como el levantamiento de la misma deben ser notificados por escrito y por vía diplomática a la otra Parte, y surtirá efecto en la fecha de la recepción de la respectiva notificación.

3 — La suspensión de la aplicación del presente Acuerdo no afectará los proyectos o programas en curso en el ámbito del Acuerdo y aun no totalmente ejecutados.

**Artículo 15.º****Entrada en vigor**

El presente Acuerdo entrará en vigor a los treinta (30) días después de la fecha de recepción de la última notifi-

cación, por escrito y por la vía diplomática de que fueron cumplidos los requisitos legales internos necesarios para el efecto.

**Artículo 16.º****Registro**

La Parte en cuyo territorio el presente Acuerdo fuere firmado lo registrará ante la Secretaría de las Naciones Unidas inmediatamente después de su entrada en vigor en los términos del artículo 102.º de la Carta de las Naciones Unidas, debiendo, igualmente, notificar a la otra Parte de la conclusión de este procedimiento e indicarle el número de registro atribuido.

Hecho en Lisboa, el 21 de octubre de 2016, en dos ejemplares originales, en idiomas castellano y portugués, siendo todos los textos igualmente auténticos y válidos.

Por la República del Paraguay:

Por la República Portuguesa:

111039322

## **FINANÇAS E TRABALHO, SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL**

**Portaria n.º 14/2018**

de 11 de janeiro

O Decreto-Lei n.º 106/2017, de 29 de agosto, que regula a recolha, publicação e divulgação da informação estatística sobre acidentes de trabalho prevê que o modelo de participação de acidentes de trabalho, as informações adicionais a prestar pelos seguradores sobre os acidentes de trabalho que lhes sejam participados, bem como o prazo e a forma do envio destas ao serviço da área governativa responsável pela área laboral competente para proceder ao apuramento estatístico sejam aprovados por portaria dos ministros responsáveis pelas áreas das finanças e laboral, ouvidas as associações representativas dos seguradores.

Foi ouvida a Associação Portuguesa de Seguradores. Assim:

Manda o Governo, pelos Ministros das Finanças e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, ao abrigo do artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 106/2017, de 29 de agosto, o seguinte:

### Artigo 1.º

#### Objeto

A presente portaria regula:

a) O modelo de participação relativa a acidentes de trabalho, por parte dos empregadores, incluindo entidades empregadoras públicas que tenham transferido a responsabilidade pela reparação de acidentes de trabalho e de trabalhadores independentes ou de serviço doméstico, que consta do anexo I;

b) O conteúdo, a forma e o prazo de envio de informação sobre os acidentes de trabalho, por parte de seguradores, que consta do anexo II;

c) O conteúdo, a forma e o prazo de envio de informação adicional para se proceder ao encerramento do processo de recolha de informação estatística relativa aos acidentes de trabalho, que consta do anexo III.

### Artigo 2.º

#### Forma e prazo de envio

1 — A informação a que se referem os anexos II e III é enviada através de formato eletrónico, de acordo com o definido no sítio do serviço da área governativa responsável pela área laboral competente para proceder ao apuramento estatístico.

2 — A informação a que se refere o anexo II é enviada trimestralmente, até ao último dia do mês a seguir ao fim do trimestre, e respeita às participações de acidentes de trabalho recebidas no trimestre anterior.

3 — A informação a que se refere o anexo III é enviada pelo segurador no mês de setembro, relativamente aos acidentes de trabalho ocorridos até ao fim do mês de junho do ano anterior, e no mês de fevereiro, relativamente aos acidentes de trabalho ocorridos entre julho e dezembro de dois anos antes. Para efeitos estatísticos, o processo considera-se encerrado no prazo de um ano, caso não se verifique a certificação de alta.

4 — As instruções e os elementos auxiliares necessários ao preenchimento dos modelos são disponibilizados no sítio do serviço da área governativa responsável pela área laboral competente para proceder ao apuramento estatístico.

### Artigo 3.º

#### Norma revogatória

É revogada a Portaria n.º 137/94, de 8 de março, no que respeita ao modelo de participação de acidente de trabalho e do mapa de encerramento de processo de acidente de trabalho no setor privado incluindo o cooperativo e o social e trabalhadores independentes ou de serviço doméstico.

### Artigo 4.º

#### Entrada em vigor

A presente Portaria produz efeitos a partir de 27 de novembro de 2017.

O Ministro das Finanças, *Mário José Gomes de Freitas Centeno*, em 27 de dezembro de 2017. — O Ministro do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, *José António Fonseca Vieira da Silva*, em 28 de dezembro de 2017.

#### ANEXO I

#### Modelo de participação de acidentes de trabalho

| PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO                                                                                                                                                                             |                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| (Área a preencher pelo segurador)                                                                                                                                                                                |                                 |
| Código do segurador                                                                                                                                                                                              | Nº de identificação do acidente |
| Ano                                                                                                                                                                                                              |                                 |
| Nº de ordem                                                                                                                                                                                                      |                                 |
| DADOS DO SEGURADOR OU ENTIDADE EQUIPARADA                                                                                                                                                                        |                                 |
| 1. Nome do segurador                                                                                                                                                                                             |                                 |
| DADOS DO TOMADOR DE SEGURO OU ENTIDADE EMPREGADORA                                                                                                                                                               |                                 |
| 2. Nº da Apólice                                                                                                                                                                                                 |                                 |
| 3. Tipo <input type="checkbox"/> 1 Entidade empregadora privada <input type="checkbox"/> 2 Trabalhador independente <input type="checkbox"/> 3 Entidade empregadora pública                                      |                                 |
| 4. Nome                                                                                                                                                                                                          |                                 |
| 5. Nº de Identificação Fiscal (NIPC ou NIPS)                                                                                                                                                                     |                                 |
| 6. Endereço da unidade local (estabelecimento)                                                                                                                                                                   |                                 |
| 7. Código postal da unidade local (estabelecimento)                                                                                                                                                              |                                 |
| 8. País da unidade local (estabelecimento)                                                                                                                                                                       |                                 |
| 9. Distrito ou ilha / Município da unidade local (estabelecimento)                                                                                                                                               |                                 |
| 10. Telefone / Telemóvel                                                                                                                                                                                         |                                 |
| 11. Endereço de correio eletrónico                                                                                                                                                                               |                                 |
| 12. Atividade principal da unidade local (estabelecimento)                                                                                                                                                       |                                 |
| 13. Total de pessoas ao serviço na empresa                                                                                                                                                                       |                                 |
| 14. Total de pessoas ao serviço na unidade local (estabelecimento)                                                                                                                                               |                                 |
| 15. IBAN Tomador de Seguro/Entidade Empregadora                                                                                                                                                                  |                                 |
| No caso de o sinistrado ser trabalhador de uma empresa de trabalho temporário mas desempenhar funções numa entidade utilizadora dos seus serviços, especifique, em relação a esta última:                        |                                 |
| 16. Nome                                                                                                                                                                                                         |                                 |
| 17. Nº de Identificação Fiscal (NIPC ou NIPS)                                                                                                                                                                    |                                 |
| 18. Código postal da unidade local (estabelecimento)                                                                                                                                                             |                                 |
| 19. Atividade principal da unidade local (estabelecimento)                                                                                                                                                       |                                 |
| IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO                                                                                                                                                                                      |                                 |
| 20. Nome                                                                                                                                                                                                         |                                 |
| 21. Telefone / Telemóvel                                                                                                                                                                                         |                                 |
| 22. Endereço da residência                                                                                                                                                                                       |                                 |
| 23. Código postal                                                                                                                                                                                                |                                 |
| 24. País                                                                                                                                                                                                         |                                 |
| 25. Sexo <input type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Feminino                                                                                                                                |                                 |
| 26. Data de nascimento                                                                                                                                                                                           |                                 |
| 27. Data de admissão ao serviço                                                                                                                                                                                  |                                 |
| 28. Nacionalidade                                                                                                                                                                                                |                                 |
| 29. Estado civil legal <input type="checkbox"/> 1 Solteiro <input type="checkbox"/> 2 Casado <input type="checkbox"/> 3 Em união de facto <input type="checkbox"/> 4 Divorciado <input type="checkbox"/> 5 Viúvo |                                 |
| 30. Nº de dependentes a cargo                                                                                                                                                                                    |                                 |
| 31. Nº de Identificação Fiscal (NIPS)                                                                                                                                                                            |                                 |
| 32. Nº de Identificação da Segurança Social                                                                                                                                                                      |                                 |
| 33. IBAN do Sinistrado                                                                                                                                                                                           |                                 |
| 34. Relação do sinistrado com o tomador de seguro ou com a entidade empregadora                                                                                                                                  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 1 Administrador <input type="checkbox"/> 2 Gerente <input type="checkbox"/> 3 Familiar <input type="checkbox"/> 4 Trabalhador <input type="checkbox"/> 5 Outro tipo                     |                                 |
| 35. Situação na profissão                                                                                                                                                                                        |                                 |
| <input type="checkbox"/> 1 Empregador                                                                                                                                                                            |                                 |
| <input type="checkbox"/> 2 Trabalhador por conta própria/trabalhador independente com trabalhadores ao serviço                                                                                                   |                                 |
| <input type="checkbox"/> 3 Trabalhador por conta própria/trabalhador independente sem trabalhadores ao serviço                                                                                                   |                                 |
| <input type="checkbox"/> 4 Trabalhador familiar não remunerado                                                                                                                                                   |                                 |
| <input type="checkbox"/> 5 Trabalhador por conta de outrem (exceto estagiários, aprendizes e praticantes)                                                                                                        |                                 |
| <input type="checkbox"/> 6 Membro ativo de cooperativa de produção                                                                                                                                               |                                 |
| <input type="checkbox"/> 7 Estagiário ou aprendiz com vínculo à empresa                                                                                                                                          |                                 |
| <input type="checkbox"/> 8 Praticante com vínculo à empresa                                                                                                                                                      |                                 |
| <input type="checkbox"/> 9 Outra situação                                                                                                                                                                        |                                 |
| 36. Tipo de vínculo à empresa                                                                                                                                                                                    |                                 |
| <input type="checkbox"/> 1 Contrato de trabalho sem termo                                                                                                                                                        |                                 |
| <input type="checkbox"/> 2 Contrato de trabalho com termo certo (exceto trabalho temporário)                                                                                                                     |                                 |
| <input type="checkbox"/> 3 Contrato de trabalho com termo incerto (exceto trabalho temporário)                                                                                                                   |                                 |
| <input type="checkbox"/> 4 Outros (incluindo trabalho temporário)                                                                                                                                                |                                 |
| 37. Período normal de trabalho                                                                                                                                                                                   |                                 |
| <input type="checkbox"/> 1 Tempo completo <input type="checkbox"/> 2 Tempo parcial                                                                                                                               |                                 |
| 38. Período em que ocorre o acidente                                                                                                                                                                             |                                 |
| <input type="checkbox"/> 1 Período normal de trabalho diurno                                                                                                                                                     |                                 |
| <input type="checkbox"/> 2 Prestação de trabalho suplementar                                                                                                                                                     |                                 |
| <input type="checkbox"/> 3 Prestação de trabalho noturno                                                                                                                                                         |                                 |
| <input type="checkbox"/> 4 Prestação de trabalho por turno diurno                                                                                                                                                |                                 |
| <input type="checkbox"/> 5 Prestação de trabalho por turno noturno                                                                                                                                               |                                 |
| <input type="checkbox"/> 6 Prestação de trabalho por turno rotativo                                                                                                                                              |                                 |
| <input type="checkbox"/> 7 Intervalo de descanso                                                                                                                                                                 |                                 |
| <input type="checkbox"/> 8 Fora do tempo de trabalho                                                                                                                                                             |                                 |
| 39. Nº de horas semanais habitualmente trabalhadas                                                                                                                                                               |                                 |
| 40. Profissão                                                                                                                                                                                                    |                                 |
| 41. Nº de empregado                                                                                                                                                                                              |                                 |
| 42. Departamento onde trabalha                                                                                                                                                                                   |                                 |
| 43. Retribuição base                                                                                                                                                                                             |                                 |
| 44. Periodicidade                                                                                                                                                                                                |                                 |
| <input type="checkbox"/> 1 Mensal <input type="checkbox"/> 2 Semanal <input type="checkbox"/> 3 Diária <input type="checkbox"/> 4 Horária                                                                        |                                 |
| 45. Subsidio de refeição                                                                                                                                                                                         |                                 |
| 46. Outras retribuições (mês)                                                                                                                                                                                    |                                 |
| 47. Nº de meses                                                                                                                                                                                                  |                                 |
| 48. Subsidio de Natal                                                                                                                                                                                            |                                 |
| 49. Subsidio de férias                                                                                                                                                                                           |                                 |
| 50. Retribuição líquida                                                                                                                                                                                          |                                 |
| No caso de se verificar alguma das seguintes situações, indique o montante das retribuições:                                                                                                                     |                                 |
| 51. Se a retribuição não for regular, indique a média mensal dos últimos 12 meses                                                                                                                                |                                 |
| 52. Se o sinistrado for aprendiz ou tirocinante, indique a retribuição média mensal dos oficiais da mesma categoria                                                                                              |                                 |
| 53. Se o sinistrado for menor de 18 anos e não for aprendiz ou tirocinante, indique a retribuição média mensal dos trabalhadores maiores não qualificados                                                        |                                 |
| 54. Desde quando aufera a retribuição citada                                                                                                                                                                     |                                 |

| PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO                                                                    |                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE</b>                                                                        |                      |
| 55. Data do acidente                                                                                    | 56. Hora do acidente |
| 57. Data e hora em que deixou de trabalhar em consequência do acidente                                  |                      |
| 58. Onde ocorreu o acidente                                                                             |                      |
| 59. Em que país                                                                                         |                      |
| 60. Se ocorreu em Portugal, especifique Distrito ou Ilha / Município                                    |                      |
| 61. Especifique o local do acidente                                                                     |                      |
| 62. Dono de obra                                                                                        |                      |
| 63. Quem prestou os primeiros socorros                                                                  |                      |
| 64. Localidade da prestação dos primeiros socorros                                                      |                      |
| 65. Foi hospitalizado                                                                                   |                      |
| 66. Em que estabelecimento hospitalar                                                                   |                      |
| 67. Nº de vítimas do acidente                                                                           |                      |
| 68. Intervenção de meios de transporte                                                                  |                      |
| 69. Matrícula do veículo em que seguia o sinistrado, se foi acidente de viação                          |                      |
| 70. O acidente teve intervenção de terceiros                                                            |                      |
| 71. Nome                                                                                                |                      |
| 72. Endereço da residência                                                                              |                      |
| 73. Código postal                                                                                       |                      |
| 74. País                                                                                                |                      |
| 75. Matrícula                                                                                           |                      |
| 76. Segurador                                                                                           |                      |
| 77. Nº da Apólice                                                                                       |                      |
| 78. Houve intervenção da autoridade?                                                                    |                      |
| 79. Qual a autoridade                                                                                   |                      |
| 80. Nº da participação à autoridade                                                                     |                      |
| 81. Identificação de testemunha                                                                         |                      |
| 82. Telefone / Telemóvel                                                                                |                      |
| 83. Identificação de testemunha                                                                         |                      |
| 84. Telefone / Telemóvel                                                                                |                      |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO AMBIENTE DE TRABALHO E CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE</b>                               |                      |
| 85. Descreva pormenorizadamente o acidente                                                              |                      |
| 86. Onde estava o sinistrado no momento do acidente                                                     |                      |
| 87. Qual a natureza principal do trabalho que o sinistrado estava a executar no momento do acidente     |                      |
| 88. Que tarefa executava o sinistrado no momento do acidente                                            |                      |
| 89. Que materiais e/ou objetos manipulava o sinistrado nesse momento                                    |                      |
| 90. Que acontecimentos estiveram na origem do acidente (o que aconteceu de errado, desviante do normal) |                      |
| 91. Que materiais e/ou objetos estiveram associados ao acontecimento que esteve na origem do acidente   |                      |
| 92. Que acontecimentos conduziram à lesão (modo como a vítima foi lesionada, contacto)                  |                      |
| 93. Que materiais e/ou objetos estiveram associados ao acontecimento que conduziu à lesão               |                      |
| 94. A tarefa descrita é ...                                                                             |                      |
| 95. Posto de trabalho                                                                                   |                      |
| 96. Nº de horas executadas ininterruptamente até ao momento do acidente                                 |                      |
| 97. Nº total de horas executadas até ao momento do acidente                                             |                      |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DAS CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE</b>                                                      |                      |
| 98. O acidente teve apenas consequências materiais?                                                     |                      |
| 99. Natureza da lesão                                                                                   |                      |
| 100. Parte do corpo atingida                                                                            |                      |
| 101. Consequências do acidente à data da declaração                                                     |                      |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPAÇÃO</b>                                                   |                      |
| 102. Nome                                                                                               |                      |
| 103. Data de preenchimento                                                                              |                      |
| 104. Assinatura                                                                                         |                      |
| <b>IDENTIFICAÇÃO COMPLEMENTAR</b>                                                                       |                      |
| DA RESPONSABILIDADE DE CADA SEGURADOR                                                                   |                      |

ANEXO II

Conteúdo de informação a prestar pelo segurador

A – Participações recebidas pelo segurador por meio informático

- Número de identificação do acidente (ano e número de ordem).

DADOS DO SEGURADOR OU ENTIDADE EQUIPARADA

Número e nome do segurador.

DADOS DO TOMADOR DE SEGURO OU ENTIDADE EMPREGADORA

- Número da Apólice;
- Tipo;
- Nome;
- Número de Identificação Fiscal (NIPC ou NIPS);
- País da unidade local (estabelecimento) – código e designação;
- Distrito ou ilha e município da unidade local (estabelecimento) – código e designação;
- Atividade principal da unidade local (estabelecimento) – código e designação;
- Total de pessoas ao serviço na empresa;
- Total de pessoas ao serviço na unidade local (estabelecimento);
- Número de Identificação Fiscal (NIPC ou NIPS) da entidade utilizadora dos serviços.

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO

- Sexo;
- Data de nascimento;
- Data de admissão ao serviço;
- Nacionalidade – código e designação;
- Situação na profissão;
- Tipo de vínculo à empresa;
- Período normal de trabalho;
- Período em que ocorre o acidente;
- Número de horas semanais habitualmente trabalhadas;
- Profissão – código e designação.

IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE

- Data do acidente;
- Hora do acidente;
- Onde ocorreu o acidente;
- Em que país – código e designação;
- Se ocorreu em Portugal, especifique Distrito ou ilha/Município – código e designação;
- Intervenção de meios de transporte;
- Houve intervenção da autoridade;
- Se houve intervenção da autoridade, especifique;
- Nº da participação à autoridade.

IDENTIFICAÇÃO DO AMBIENTE DE TRABALHO E CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE

Todos os campos constantes da participação de acidente de trabalho enviada ao segurador.

IDENTIFICAÇÃO DAS CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE DE TRABALHO

Todos os campos constantes da participação de acidente de trabalho enviada ao segurador.

B – Participações recebidas pelo segurador em suporte de papel

- Número de identificação do acidente (ano e número de ordem).

DADOS DO SEGURADOR OU ENTIDADE EQUIPARADA

Número e nome do segurador.

DADOS DO TOMADOR DE SEGURO OU ENTIDADE EMPREGADORA

- Número da Apólice;
- Tipo;
- Número de Identificação Fiscal (NIPC ou NIPS);
- País da unidade local (estabelecimento) – código e designação;
- Distrito ou ilha e município da unidade local (estabelecimento) – código e designação;
- Atividade principal da unidade local (estabelecimento) – código e designação;

IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE

- Data do acidente;
- Onde ocorreu o acidente;
- Intervenção de meios de transporte.

Cópia digitalizada da participação de acidente de trabalho.

ANEXO III

Informação adicional relativa a acidentes de trabalho para encerramento do processo de recolha de informação estatística

| INFORMAÇÃO ADICIONAL RELATIVA A ACIDENTES DE TRABALHO PARA ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO ESTATÍSTICA |                                 |                |                  |                      |                           |                         |                         |                                                           |                         |                   |                         |                                     |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------|------------------|----------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|-------------------------|-------------------------------------|-------------------|
| Ano e mês do envio dos dados                                                                                             |                                 |                |                  |                      |                           |                         |                         |                                                           |                         |                   |                         |                                     |                   |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DA OCORRÊNCIA, BAIXA MÉDICA E CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE</b>                                             |                                 |                |                  |                      |                           |                         |                         |                                                           |                         |                   |                         |                                     |                   |
| 1                                                                                                                        | 2                               | 3              | 4                | 5                    | 6                         | 7                       | 8                       | 9                                                         | 10                      | 11                | 12                      | 13                                  | 14                |
| Código do Segurador                                                                                                      | Nº de identificação do acidente | NIF do tomador | Data do acidente | Tipo de encerramento | Classificação do acidente | Caracterização da baixa | Data da 1ª baixa médica | Data da última alta médica/Encerramento final estatístico | Número de dias perdidos | Natureza da lesão | Parte do corpo atingida | Consequência à data do encerramento | % de incapacidade |
|                                                                                                                          | Ano                             | Nº de ordem    | Ano              | Mês                  | Di                        |                         | Ano                     | Mês                                                       | Di                      | Ano               | Mês                     | Di                                  |                   |
|                                                                                                                          | Ano                             | Nº de ordem    | Ano              | Mês                  | Di                        |                         | Ano                     | Mês                                                       | Di                      | Ano               | Mês                     | Di                                  |                   |
|                                                                                                                          | Ano                             | Nº de ordem    | Ano              | Mês                  | Di                        |                         | Ano                     | Mês                                                       | Di                      | Ano               | Mês                     | Di                                  |                   |
|                                                                                                                          | Ano                             | Nº de ordem    | Ano              | Mês                  | Di                        |                         | Ano                     | Mês                                                       | Di                      | Ano               | Mês                     | Di                                  |                   |
|                                                                                                                          | Ano                             | Nº de ordem    | Ano              | Mês                  | Di                        |                         | Ano                     | Mês                                                       | Di                      | Ano               | Mês                     | Di                                  |                   |
| (...)                                                                                                                    | (...)                           | (...)          | (...)            | (...)                | (...)                     | (...)                   | (...)                   | (...)                                                     | (...)                   | (...)             | (...)                   | (...)                               | (...)             |