

REGISTO DE ACIDENTE DE TRABALHO	
Dono da Obra: VNC - VILA NOVA DE CA CELA, PROMOÇÃO IMOBILIÁRIA E INVESTIMENTOS TURÍSTICOS, LDA	
Empreitada: "Elaboração do projecto de execução de integração paisagística para licenciamento do campo de golfe"	
Entidade Executante: _____	

DADOS DO SINISTRADO	
Nome: _____	N.º Trab.: _____
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data de Nascimento: ____/____/____
Naturalidade: _____	
Nacionalidade: _____	
Morada: _____	
Estado civil: _____	
B. I. N.º: _____ de ____/____/____ emitido por _____	
Passaporte ⁽¹⁾ N.º: _____ de ____/____/____ emitido por _____	
Categoria profissional: _____	
Data de admissão na obra: ____/____/____	

DADOS RELATIVOS À ENTIDADE EMPREGADORA	
Entidade empregadora: _____	
Companhia de Seguros: ⁽²⁾ _____ Apólice: ⁽²⁾ N.º: _____	
Data de admissão na empresa: ____/____/____	

DADOS RELATIVOS AO ACIDENTE	
Data e hora: ____/____/____ às ____ h ____ m <input type="checkbox"/> -2ª <input type="checkbox"/> -3ª <input type="checkbox"/> -4ª <input type="checkbox"/> -5ª <input type="checkbox"/> -6ª <input type="checkbox"/> -Sáb. <input type="checkbox"/> -Dom.	
Local: <input type="checkbox"/> No estaleiro ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> Fora do estaleiro <input type="checkbox"/> Desloc. Domicílio ⇌ Trabalho <input type="checkbox"/> Desloc. Trabalho ⇌ Domicílio	
Onde? <input type="checkbox"/> Estrada <input type="checkbox"/> Obras de Arte <input type="checkbox"/> Túneis <input type="checkbox"/> Estaleiro de Apoio.	
Destino do sinistrado: _____	
Entidade que o transportou: _____ Data e hora: ____/____/____ às ____ h ____ m	
Houve mais sinistrados no acidente? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____	
Testemunhas: _____	

Causa do acidente:	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Sub. nocivas / radiações	<input type="checkbox"/> Queda em altura
	<input type="checkbox"/> Capotamento	<input type="checkbox"/> Choque com objectos	<input type="checkbox"/> Queda ao mesmo nível
	<input type="checkbox"/> Colisão de veículos	<input type="checkbox"/> Esforço físico excessivo	<input type="checkbox"/> Queda de objectos
	<input type="checkbox"/> Compressão por objecto	<input type="checkbox"/> Explosão / Incêndio	<input type="checkbox"/> Soterramento
	<input type="checkbox"/> Choque eléctrico	<input type="checkbox"/> Intoxicação	<input type="checkbox"/> _____

Tipo de lesão:	<input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Electrização / Electrocussão	<input type="checkbox"/> Lesões múltiplas
	<input type="checkbox"/> Asfixia	<input type="checkbox"/> Entorse	<input type="checkbox"/> Luxação
	<input type="checkbox"/> Concussão / Lesões internas	<input type="checkbox"/> Esmagamento	<input type="checkbox"/> Queimadura
	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Ferida / Golpe	<input type="checkbox"/> Traumatismo
	<input type="checkbox"/> Distensão	<input type="checkbox"/> Fractura	<input type="checkbox"/> _____

Parte do corpo atingida:	<input type="checkbox"/> Cabeça, excepto olhos	<input type="checkbox"/> Braço(s)	<input type="checkbox"/> Pé(s), excepto dedos
	<input type="checkbox"/> Olho(s)	<input type="checkbox"/> Mão(s), excepto dedos	<input type="checkbox"/> Dedo(s) do(s) pé(s)
	<input type="checkbox"/> Tronco, excepto coluna	<input type="checkbox"/> Dedo(s) da(s) mão(s)	<input type="checkbox"/> Localizações múltiplas
	<input type="checkbox"/> Coluna vertebral	<input type="checkbox"/> Pernas(s)	<input type="checkbox"/> _____

Breve descrição do acidente: _____

Medidas de prevenção adoptadas: _____

Efeitos do acidente: <input type="checkbox"/> Sem incapacidade <input type="checkbox"/> Incapacidade temporária	Regresso ao trabalho: ____/____/____ ⇌ ____ dias perdidos
<input type="checkbox"/> Incapacidade permanente: ____ % <input type="checkbox"/> Morte	

Responsável da Entidade Executante de ST	Diretor Técnico da Empreitada / Obra
Data: ____/____/____ Ass.: _____	Data: ____/____/____ Ass.: _____

(1) Caso não seja mencionado o Bilhete de Identidade (2) Apólice de seguro de acidentes de trabalho a coberto da qual se encontra o trabalhador sinistrado (3) Estaleiro é todo o empreendimento incluindo estaleiros de apoio