

	REGISTO DE ACIDENTE DE TRABALHO	Número: _____	Pág.: _____
	Dono da Obra: _____		
	Obra: _____		
Empreiteiro: _____			

DADOS DO SINISTRADO

Nome: _____ N.º Trab.: _____

Sexo: Masculino 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

Local: No estaleiro Fora do estaleiro Desloc. Domicílio ⇨ Trabalho Desloc. Trabalho ⇨ Domicílio

Onde? _____

Destino do sinistrado: _____

Entidade que o transportou: _____ Data e hora: ____/____/____ às ____ h ____ m

Houve mais sinistrados no acidente? Não 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 objetos	<input type="checkbox"/> Queda ao mesmo nível
	<input type="checkbox"/> Colisão de veículos	<input type="checkbox"/> Esforço físico excessivo	<input type="checkbox"/> Queda de objetos
	<input type="checkbox"/> Compressão por objeto	<input type="checkbox"/> Explosão / Incêndio	<input type="checkbox"/> Soterramento
	<input type="checkbox"/> Choque elétrico	<input type="checkbox"/> Intoxicação	<input type="checkbox"/>

Tipo de lesão:	<input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Eletização / Eletrocussão	<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"/> Fratura	<input type="checkbox"/>

Parte do corpo atingida:	<input type="checkbox"/> Cabeça, exceto olhos	<input type="checkbox"/> Braço(s)	<input type="checkbox"/> Pé(s), exceto dedos
	<input type="checkbox"/> Olho(s)	<input type="checkbox"/> Mão(s), exceto dedos	<input type="checkbox"/> Dedo(s) do(s) pé(s)
	<input type="checkbox"/> Tronco, exceto 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 adotadas: _____

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 do Empreiteiro pela SST	Diretor Técnico da Empreitada
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