

	REGISTO DE ACIDENTE DE TRABALHO		Número:	Pág.: /
	Dono da Obra:			
	Obra: <u>Empreitada para e "Substituição de Maciço de Conduta Reparação da Estrada de Acesso à ETA de Morgave"</u>			
	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:	☐ Atropelamento ☐ Capotamento ☐ Colisão de veículos ☐ Compressão por objeto ☐ Choque elétrico ☐ Sub. nocivas / radiações ☐ Choque com objetos ☐ Esforço físico excessivo ☐ Explosão / Incêndio ☐ Intoxicação ☐ Queda em altura ☐ Queda ao mesmo nível ☐ Queda de objetos ☐ Soterramento ☐ _____
Tipo de lesão:	☐ Amputação ☐ Asfixia ☐ Concussão / Lesões internas ☐ Contusão ☐ Distensão ☐ Eletrição / Eletrocussão ☐ Entorse ☐ Esmagamento ☐ Ferida / Golpe ☐ Fratura ☐ Lesões múltiplas ☐ Luxação ☐ Queimadura ☐ Traumatismo ☐ _____
Parte do corpo atingida:	☐ Cabeça, exceto olhos ☐ Olho(s) ☐ Tronco, exceto coluna ☐ Coluna vertebral ☐ Braço(s) ☐ Mão(s), exceto dedos ☐ Dedo(s) da(s) mão(s) ☐ Pernas(s) ☐ Pé(s), exceto dedos ☐ Dedo(s) do(s) pé(s) ☐ Localizações múltiplas ☐ _____

Breve descrição do acidente: _____ _____ _____ _____		
Medidas de prevenção adotadas: _____ _____ _____		
Efeitos do acidente:	☐ Sem incapacidade ☐ Incapacidade temporária ☐ Incapacidade permanente: ____ % ☐ Morte	Regresso ao trabalho: ____ / ____ / ____ ⇨ ____ dias perdidos
Responsável do Empreiteiro pela SST Data: ____ / ____ / ____ Ass.: _____ _____		Diretor Técnico da Empreitada 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