| LOGOTIPO DA EMPRESA | REGISTO DE ACIDENTE DE TRABALHO | Número: _____ | Pág.: ___/____ |
|---|---|---|---|
| | Dono da Obra: AdRA - Águas da Região de Aveiro, S.A | | |
| | Obra: Execução de Ramais Domiciliários AA e AR – 2020 | | |
| | 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<br>☐ Capotamento<br>☐ Colisão de veículos<br>☐ Compressão por objecto<br>☐ Choque eléctrico | ☐ Sub. nocivas / radiações<br>☐ Choque com objectos<br>☐ Esforço físico excessivo<br>☐ Explosão / Incêndio<br>☐ Intoxicação | ☐ Queda em altura<br>☐ Queda ao mesmo nível<br>☐ Queda de objectos<br>☐ Soterramento<br>☐ _____ |
| *Tipo de lesão:* | ☐ Amputação<br>☐ Asfixia<br>☐ Concussão / Lesões internas<br>☐ Contusão<br>☐ Distensão | ☐ Electrização / Electrocussão<br>☐ Entorse<br>☐ Esmagamento<br>☐ Ferida / Golpe<br>☐ Fractura | ☐ Lesões múltiplas<br>☐ Luxação<br>☐ Queimadura<br>☐ Traumatismo<br>☐ _____ |
| *Parte do corpo atingida:* | ☐ Cabeça, excepto olhos<br>☐ Olho(s)<br>☐ Tronco, excepto coluna<br>☐ Coluna vertebral | ☐ Braço(s)<br>☐ Mão(s), excepto dedos<br>☐ Dedo(s) da(s) mão(s)<br>☐ Pernas(s) | ☐ Pé(s), excepto dedos<br>☐ Dedo(s) do(s) pé(s)<br>☐ Localizações múltiplas<br>☐ _____ |

*Breve descrição do acidente:* _____

_____

_____

_____

*Medidas de prevenção adoptadas:* _____

_____

_____

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Efeitos do acidente:* | ☐ Sem incapacidade<br>☐ Incapacidade permanente: ____ % | ☐ Incapacidade temporária<br>☐ Morte | Regresso ao trabalho:<br>____/____/____ ⇨ ____ dias perdidos |

| Responsável do Empreiteiro pela SST | Director 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