

 S. R. REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA	REGISTO DE ACIDENTE DE TRABALHO	
	Prestação de Serviços: Reabilitação das Estruturas de Suporte da Plataforma Rodoviária da ER 101 – Santa Cruz	
	Adjudicante: Direção Regional de Estradas – S. R. E. I. – Governo Regional – R.A.Madeira	
	Adjudicatário: A nomear	

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 ☐ -2ª ☐ -3ª ☐ -4ª ☐ -5ª ☐ -6ª ☐ -Sáb. ☐ -Dom.		
Local: ☐ No estaleiro ⁽³⁾ ☐ Fora do estaleiro ☐ Desloc. Domicílio ⇨ Trabalho ☐ Desloc. Trabalho ⇨ Domicílio		
Onde? ☐ Estrada ☐ Obras de Arte ☐ Túneis ☐ Estaleiro de Apoio.		
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 objecto ☐ Choque eléctrico	☐ Sub. nocivas / radiações ☐ Choque com objectos ☐ Esforço físico excessivo ☐ Explosão / Incêndio ☐ Intoxicação	☐ Queda em altura ☐ Queda ao mesmo nível ☐ Queda de objectos ☐ Soterramento ☐
Tipo de lesão: ☐ Amputação ☐ Asfixia ☐ Concussão / Lesões internas ☐ Contusão ☐ Distensão	☐ Electrização / Electrocussão ☐ Entorse ☐ Esmagamento ☐ Ferida / Golpe ☐ Fractura	☐ Lesões múltiplas ☐ Luxação ☐ Queimadura ☐ Traumatismo ☐
Parte do corpo atingida: ☐ Cabeça, excepto olhos ☐ Olho(s) ☐ Tronco, excepto coluna ☐ Coluna vertebral	☐ Braço(s) ☐ Mão(s), excepto dedos ☐ Dedo(s) da(s) mão(s) ☐ Pernas(s)	☐ Pé(s), excepto dedos ☐ Dedo(s) do(s) pé(s) ☐ Localizações múltiplas ☐
Breve descrição do acidente: _____		
Medidas de prevenção adoptadas: _____		

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

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

(1) Caso não seja mencionado o Cartão de Cidadão (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