



GRM/SREI/DRE. REPOSIÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SEGURANÇA E OPERACIONALIDADE NA ER 211 NA SEQUÊNCIA DO TEMPORAL DE 25 DE DEZEMBRO DE 2020. GRUPO 1. SÍTIO DOS LAGARES. PROJETO DE EXECUÇÃO. VOLUME III - PLANO DE SEGURANÇA E SAÚDE.

FOLHA DE REGISTO DE ACIDENTES DE TRABALHO

Obra: Nº:

Entidade Empregadora:

Companhia de Seguros:

Nº da apólice:

Dados do sinistrado

Nome: Nº:

Morada:

Estado Civil: Categoria Profissional:

Idade: Sexo: Data de admissão na empresa:/...../.....

Dados do acidente

Data: / / Hora: h m.

Houve outros sinistrados no acidente? ☐ Sim. ☐ Não.

Quantos?..... Seus nºs:

Testemunhas:

Local do acidente: ☐ domicílio → trabalho ☐ trabalho → domicílio ☐ Dentro do estaleiro

☐ Fora do estaleiro Onde?

Breve descrição do acidente:

..... Medidas de prevenção
adoptadas:

Destino do sinistrado

Data: / /

Hora: h m

GRM/SREI/DRE. REPOSIÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SEGURANÇA E OPERACIONALIDADE NA ER 211 NA SEQUÊNCIA DO TEMPORAL DE 25 DE DEZEMBRO DE 2020. GRUPO 1. SÍTIO DOS LAGARES. PROJETO DE EXECUÇÃO. VOLUME III - PLANO DE SEGURANÇA E SAÚDE.

☐ Hospital de ☐ Centro de Saúde de ☐ Clínica de ☐ Outro. Qual?		
Causa do acidente		
☐ Atropelamento ☐ Intoxicação ☐ Contacto com energia elétrica ☐ Capotamento ☐ Queda de objetos ☐ Contacto com substâncias nocivas ou radiativas ☐ Colisão de veículos ☐ Queda em altura ☐ Contacto com temperaturas extremas ☐ Explosão / Incêndio ☐ Queda ao mesmo nível ☐ Compressão por um objeto ou entre objetos ☐ Soterramento ☐ Choque com objetos ☐		
Tipo de lesão		
☐ Amputação ☐ Contusão ☐ Electrocução ☐ Ferida / golpe ☐ Luxação ☐ ☐ Asfixia ☐ Distensão ☐ Entorse ☐ Fratura ☐ Queimaduras ☐ Contusão/lesões internas ☐ Esmagamento ☐ Lesões múltiplas ☐ Traumatismo		
Parte do corpo atingida		
☐ Cabeça, exceto olhos ☐ Membros superiores, exceto braços, mãos e dedos ☐ Membros inferiores exceto pernas, pés e dedos ☐ Outro. Qual? ☐ Olho(s),..... ☐ Tronco exceto coluna ☐ Braço(s) ☐ Perna(s)..... ☐ Coluna ☐ Mão(s) exceto dedos ☐ Pé(s) exceto dedos ☐ Localizações múltiplas ☐ Dedo(s) da mão ☐ Dedo(s) do pé		
Consequências do acidente		
☐ Sem incapacidade ☐ Incapacidade permanente.% ☐ Incapacidade temporária. Data de regresso ao trabalho / / ☐ Morte.		
Observações:		
Encarregado: Data / / Ass.	Responsável pela Segurança: Data / / Ass.	Diretor de Obra: Data / / Ass.