

LOGOTIPO DA EMPRESA	REGISTO DE ACIDENTE DE TRABALHO		Número: _____	Pág.: _____/_____/_____
	Dono da Obra: AdRA - Águas da Região de Aveiro, S.A			
	Obra: Execução de Sondagem para pesquisa de água subterrânea em Ílhavo - substituição do furo AC 1 – Ílhavo			
	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 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 do Empreiteiro pela SST Data: ____/____/____ Ass.: _____	Director 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