ÁGUAS DE GAIA	Declaração de Receção do Plano de Segurança e Saúde no início da Empreitada	Folha nº. 1 de 1
		DATA: / /

DECLARAÇÃO

_____,

Adjudicatário da empreitada de "...", declara ter recebido o Plano de Segurança e Saúde (PSS) para a mencionada empreitada comprometendo-se a cumprir o preconizado nesse PSS com proficiência tendo em conta a legislação em vigor e a propor as alterações que se revelarem necessárias face aos processos construtivos e métodos de trabalho utilizados no estaleiro.

_____ de _____ de 20__

O Representante do Adjudicatário

_____

ÁGUAS DE GAIA	REGISTO DE DISTRIBUIÇÃO DE DOCUMENTOS	Edição:	Pág.:
	Dono da Obra:	_____	___ / ___
	Obra:		
	Entidade Executante:		

DOCUMENTO
☐ Plano de Segurança e Saúde (PSS); ☐ Compilação Técnica da Obra (CT); ☐ _____;
☐ _____; ☐ _____; ☐ _____

REF.ª	NOME DO DETENTOR DO PSS	ENTIDADE	DATA	ASSINATURA/ RUBRICA	OBSERVAÇÕES
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

Nota: Este quadro deverá ser mantido atualizado pelo Empreiteiro à medida que o PSS ou a CT for sendo distribuído pelos subcontratados e sucessiva cadeia de subcontratação.

ÁGUAS DE GAIA	PROPOSTA DE ALTERAÇÕES DE DOCUMENTOS	Edição:	Pág.:
	Dono da Obra:	_____	___ / ___
	Obra:		
	Entidade Executante:		

DOCUMENTO
☐ Plano de Segurança e Saúde (PSS); ☐ Compilação Técnica da Obra (CT); ☐ _____;
☐ _____; ☐ _____; ☐ _____.

Descrição da proposta de alteração:	
Proposto por:	Na qualidade de:
Ass.:	Data:
Parecer:	
Proposto por:	Na qualidade de:
Ass:	Data:

APROVAÇÃO
Responsável pelo exercício da CSO
_____/_____/_____

Nota: As alterações propostas apenas se tornam efectivas após a aprovação do CSO.

ÁGUAS DE GAIA	REGISTO DAS ALTERAÇÕES APROVADAS DE DOCUMENTOS	Edição:	Pág.:
	Dono da Obra:	_____	___ / ___
	Obra:		
	Entidade Executante:		

DOCUMENTO
☐ Plano de Segurança e Saúde (PSS); ☐ Compilação Técnica da Obra (CT); ☐ _____;
☐ _____; ☐ _____; ☐ _____.

REF.ª	CLÁUSULAS ALTERADAS	RESUMO DA ALTERAÇÃO APROVADA	DATA DE ENTRADA EM VIGOR

ÁGUAS DE GAIA	Declaração de Entrega do Plano de Segurança e Saúde no final da Empreitada	Folha nº. 1 de 1
		DATA: / /

DECLARAÇÃO

(a anexar ao Auto de Recepção Provisória da Obra)

Eu..., adjudicatário da (designação da empreitada/obra), declara que, todos os elementos preparados e utilizados no âmbito do Plano de Segurança e Saúde da empreitada acima referida, se encontram integrados de forma organizada e que se entrega nesta data ao representante do Dono da Obra neste acto.

A Entidade Executante

_____

_____/_____/_____

A Fiscalização

_____

_____/_____/_____

O Representante do Dono da Obra

Recebi os documentos mencionados

_____

_____/_____/_____

ÁGUAS DE GAIA	CONTROLO DE ASSINATURAS E RUBRICAS	Edição	Página
		_____	___/___
	Empreitada: ""	Coordenador de Segurança em Obra:	
	Dono da Obra:	Fiscalização:	
	Projetista:	Entidade Executante:	

Nº	Nome	Entidade	Função	Documentos que pode assinar	Assinatura	Rubrica

Elaborado por:	___/___/_____	Verificado por:	___/___/_____	Aprovado por:	___/___/_____

ÁGUAS DE GAIA

COMUNICAÇÃO PRÉVIA DE ABERTURA DE ESTALEIRO

OBRA:
1 - ENDEREÇO COMPLETO DO ESTALEIRO (*)
2 - NATUREZA DA OBRA
3 - DONO OBRA
Nome:
Domicílio/sede:
4 - Autor(es) do projeto
Domicílio/sede:
Desig./Nome:
Domicílio/sede:
Outros:
Desig./Nome:
5 - ENTIDADE EXECUTANTE (*)
Nome:
Domicílio/sede:
6 - FISCAL(AIS) DA OBRA
Nome:
Domicílio/sede:
Outros fiscais:
Desig./Nome:
Domicílio/sede:
7 - COORDENADOR DE SEGURANÇA EM PROJECTO
Nome:
Domicílio:
8 - COORDENADOR DE SEGURANÇA EM OBRA
Nome:
Domicílio:
9 - DIRETOR TÉCNICO DA EMPREITADA (*)
Nome:
Domicílio:
10 - REPRESENTANTE DA ENTIDADE EXECUTANTE (*)
Nome:
Domicílio:
11 - RESPONSÁVEL PELA DIREÇÃO TÉCNICA DA OBRA (*)
Nome:
Domicílio:
12 - DATAS PREVISÍVEIS DE INÍCIO E TERMO DOS TRABALHOS NO ESTALEIRO (*)
Data de início:
Data de termo:
13 - ESTIMATIVA DO NÚMERO MÁXIMO DE TRABALHADORES POR CONTA DE OUTREM E INDEPENDENTES, PRESENTES EM SIMULTÂNEO NO ESTALEIRO E, CASO APLICÁVEL, A ESTIMATIVA DO SOMATÓRIO DOS DIAS DE TRABALHO PRESTADO POR CADA UM DOS TRABALHADORES (*)
N.º Trab. por conta de outrem:
N.º Trab. independentes:
N.º Pessoas-dia:

14 - ESTIMATIVA DO NÚMERO DE EMPRESAS E DE TRABALHADORES INDEPENDENTES NO ESTALEIRO(*)
N.º de Empresas:
N.º Trabalhadores independentes:
15 - IDENTIFICAÇÃO DOS SUBEMPREITEIROS JÁ SELECCIONADOS
16 - RESPONSÁVEL DO EMPREITEIRO PELO CUMPRIMENTO DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL EM MATÉRIA DE SEGURANÇA, HIGIENE E SAÚDE NO TRABALHO (*)
Nome:
Domicílio:

(*) Deverão ser indicadas pela entidade executante que deverá informar por escrito a Coordenação de Segurança e/ou fiscalização, no prazo de um dia de trabalho, qualquer alteração destes elementos que ocorra durante a execução dos trabalhos.

DECLARAÇÃO DA AUTORIA DO(S) PROJETO(S)

Eu, residente na, declara que na elaboração do projecto da Obra "", cumpriu com o disposto nas alíneas a e b do número 1 do Art.º 18.º do Decreto-Lei n.º 273/2003 de 29 de Outubro, comprometendo-se ainda a cumprir com o disposto na alínea c do mesmo número e artigo durante a execução da obra, sempre que para tal seja solicitado,

O AUTOR DO PROJETO

Data

DECLARAÇÃO DO COORDENADOR DE SEGURANÇA EM PROJETO E DO COORDENADOR DE SEGURANÇA EM OBRA

Eu, residente na, declara, para efeitos de Comunicação Prévia de abertura de Estaleiro, prevista nas alíneas a) e b) do n.º 3 do art.º 15º, do Decreto Lei n.º 273/2003, de 29 de Outubro, aceitar o exercício da Coordenação de Segurança da Obra "".

O COORDENADOR DE SEGURANÇA

Data

DECLARAÇÃO DO FISCAL DA OBRA

, residente na, declara para efeitos de Comunicação Prévia de abertura de Estaleiro, prevista nas alíneas a) e b) do n.º 3 do art.º 15º, do Decreto-Lei n.º 273/2003, de 29 de Outubro, assumir as funções de Fiscal da Obra "".

O FISCAL DA OBRA

Data

DECLARAÇÃO DA ENTIDADE EXECUTANTE

(Empresa)..... declara, para efeitos da Comunicação Prévia de abertura do estaleiro, prevista no Artigo 15º, do DL n.º 273/2003, de 29 de Outubro, ser aquela entidade responsável pela execução da obra

.....

.....(identificação), (especificar sucintamente o tipo de trabalho a que se refere o Contrato), localizada em

A ENTIDADE EXECUTANTE

Data

DECLARAÇÃO DO REPRESENTANTE DA ENTIDADE EXECUTANTE

Eu.....
....., declaro, para efeitos da Comunicação Prévia de abertura do estaleiro, prevista no Artigo 15º, do DL n.º 273/2003, de 29 de Outubro, ter sido nomeado representante da entidade executante, nos termos do Regime de Empreitadas de Obras Públicas, relativamente aos trabalhos .....(especificar sucintamente o tipo de trabalho a que se refere o Contrato) referente à obra.....
.....(identificação, localização),

O REPRESENTANTE DA ENTIDADE EXECUTANTE

DATA

DECLARAÇÃO DO DIRETOR TÉCNICO DA EMPREITADA

Eu.....
....., declaro, para efeitos da Comunicação Prévia de abertura do estaleiro, prevista no Artigo 15º, do DL n.º 273/2003, de 29 de Outubro, ter sido nomeado diretor técnico da empreitada referente aos trabalhos de.....(especificar sucintamente o tipo de trabalho a que se refere o Contrato) referente à obra.....
.....(identificação, localização),

O DIRECTOR TÉCNICO DA EMPREITADA

DATA

ÁGUAS DE GAIA	CONTROLO DE SUBCONTRATADOS E SUCESSIVA CADEIA DE SUBCONTRATAÇÃO	Número	Página
		_____	___/___

Empreitada:	Coordenador de Segurança em Obra:
Dono da Obra:	Fiscalização:
Projetista:	Entidade Executante:

Ano:	Mês:

Ref.ª	Empregador	Ref.ª Emp.	Resp. do Empregador	Tipo de trabalho que executa	N.º max. trab.	Período de intervenção		Alvará de construção / Registo / Outro alvará					
						Inicio	Fim	Alvará	Registo	Cat.	Subcat.	Classe	Outro
						___/___/_____	___/___/_____						
						___/___/_____	___/___/_____						
						___/___/_____	___/___/_____						
						___/___/_____	___/___/_____						
						___/___/_____	___/___/_____						
						___/___/_____	___/___/_____						
						___/___/_____	___/___/_____						
						___/___/_____	___/___/_____						
						___/___/_____	___/___/_____						
						___/___/_____	___/___/_____						
						___/___/_____	___/___/_____						
						___/___/_____	___/___/_____						
						___/___/_____	___/___/_____						
						___/___/_____	___/___/_____						
						___/___/_____	___/___/_____						

Elaborado por: ___/___/_____	Verificado por: ___/___/_____	Aprovado por: ___/___/_____

ÁGUAS DE GAIA	REGISTO DE APÓLICES DE SEGURO DE ACIDENTES DE TRABALHO	Edição	Página
		_____	___/___
	Empreitada:	Coordenador de Segurança em Obra:	
	Dono da Obra:	Fiscalização:	
	Projetista:	Entidade Executante:	

Modalidade: PF-CN = Prémio fixo com nomes; PF-SN = Prémio Fixo sem nomes; PV = Prémio Variável; Cobertura: Ad - Adequada, N-Ad. - Não adequada.	Ano:	Mês:

Reg. N.º	Designação da empresa ou nome do trabalhador independente	Companhia de seguros	Número da Apólice	Cobertura		Validade		Modalidade			Folha Venc.	
				Ad.	N-Ad.	Sim	Não	PF-CN	PF-SN	PV	Sim	Não

Elaborado por:	___/___/_____	Verificado por:	___/___/_____	Aprovado por:	___/___/_____

ÁGUAS DE GAIA

CONTROLO DE EQUIPAMENTO DE APOIO E ACESSÓRIOS

Edição	Página
_____	___/___

Empreitada:	Coordenador de Segurança em Obra:
Dono da Obra:	Fiscalização:
Projetista:	Entidade Executante:

REG. N.º	EQUIPAMENTO DE APOIO, INCLUINDO ACESSÓRIOS NÃO LIGADOS AO EQUIPAMENTO				PLACA (1) FABRICANTE		MARCAÇÃO, DECLAR. CEE L_{WA} (2)			REQUISITOS DL 214/95 E DL 50/2005 (3)			REVISÕES PERIÓDICAS		ESTADO DO EQ		NÃO CONF. N.º	RUBRICA DO RESP. PELO CONTROLO	SUBST. REG. N.º
	CÓDIGO	DESIGNAÇÃO	N.º SÉRIE	ANO FABRICO	CONFORME?		NA	CONFORME ?		NA	CUMPRE ?		EM DIA ?		CONFORME ?				
					Sim	Não		Sim	Não		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não			

Elaborado por:	___/___/_____	Verificado por:	___/___/_____	Aprovado por:	___/___/_____

Notas: (1) Placa de fabricante / identificação deverá incluir nome e endereço do fabricante, marca, modelo, n.º série e ano de fabrico; (2) Marcação CE no equipamento e possuir declaração CE de conformidade de acordo com D.L. 320/2001(Directiva Máquinas) e declaração CE de conformidade complementar de acordo com o D.L. 76/2002 (RES- Regulamento das Emissões Sonoras para o Ambiente de Equipamento para Utilização no Exterior), e ainda, nos casos aplicáveis, marcação no equipamento do nível de potência sonora garantida (Lwa) de acordo com este último DL; (3) Cumprimento da legislação aplicável a máquinas usadas (DL 214/95) e a equipamentos de trabalho (DL 50/2005).

ÁGUAS DE GAIA	REGISTO DE NÃO CONFORMIDADE E AÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS	Edição	Página
		_____	___/___

Empreitada:	Coordenador de Segurança em Obra:
Dono da Obra:	Fiscalização:
Projetista:	Entidade Executante:

Descrição da não conformidade/ potencial não conformidade:

Localização:	Documentos de referência:
Descrito por: ___-___-___ Verificado por: ___-___-___	

Descrição das ações: ☐ corretivas ☐ preventivas	☐ Aceite a ação proposta ☐ Aceite nas condições em anexo ☐ Rejeitado ☐ _____ Corrigir até: ____-____-____

Proposto por: ___-___-___	Verificado por: ___-___-___	Decidido por: ___-___-___

Execução das ações corretivas / preventivas:

Elaborado por: ___-___-___	Verificado por: ___-___-___	Aprovado por: ___-___-___

ÁGUAS DE GAIA	CONTROLO DE RECEÇÃO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS	Edição	Página
		_____	___/___

Empreitada: "	Coordenador de Segurança em Obra:
Dono da Obra:	Fiscalização:
Projetista:	Entidade Executante:

Material ou Equipamento							Código	
Ref.ª	Verificações/ Tarefas	Riscos	Documentos de referência	Método de verificação	Ações Corretivas/Preventivas	Resp.	Frequência Inspeção	PP

Elaborado por:	___/___/_____	Verificado por:	___/___/_____	Aprovado por:	___/___/_____

Registo do controlo de recepção					
1 GUIA REMESSA N.° _____	2 GUIA REMESSA N.° _____	3 GUIA REMESSA N.° _____	4 GUIA REMESSA N.° _____	5 GUIA REMESSA N.° _____	6 GUIA REMESSA N.° _____
☐ Conf. ☐ NC N.°____	☐ Conf. ☐ NC N.°____	☐ Conf. ☐ NC N.°____	☐ Conf. ☐ NC N.°____	☐ Conf. ☐ NC N.°____	☐ Conf. ☐ NC N.°____
Entidade Executante: ___/___/___ Fiscalização ___/___/___	Entidade Executante: ___/___/___ Fiscalização ___/___/___	Entidade Executante ___/___/___ Fiscalização ___/___/___	Entidade Executante: ___/___/___ Fiscalização ___/___/___	Entidade Executante: ___/___/___ Fiscalização ___/___/___	Entidade Executante: ___/___/___ Fiscalização ___/___/___

ÁGUAS DE GAIA	PLANO DE INSPEÇÃO E PREVENÇÃO (PIP)	Edição ____	Página __/__
	Empreitada: "	Coordenador de Segurança em Obra:	
	Dono da Obra:	Fiscalização:	
	Projetista:	Entidade Executante:	

ELEMENTO DE CONSTRUÇÃO / OPERAÇÃO DE CONSTRUÇÃO	Código
Localização / atividade:	

Ref.ª	Verificações/ Tarefas	Riscos e Medidas	Frequência Verificação	Resp.	PP	Controlo da Entidade Executante				Controlo da CSO/ Fiscalização			
						C	NC	Assinatura	Data	C	NC	Assinatura	Data

PP - Ponto de Paragem (a definir pela Coordenação de Segurança em Obra/ Fiscalização, caso em que estes têm que intervir no controlo); C - Conforme; NC - Número da não conformidade; Resp. - Responsável pela Verificação / Tarefa; DTE - Diretor Técnico da Empreitada; ENCG - Encarregado Geral; ENC - Encarregado Frente; REESST - Responsável da Entidade Executante pela SST;

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS E RESPECTIVAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO E PROTECÇÃO			
N.º	Riscos	Medidas de Prevenção e Protecção	DOC's referência
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

Elaborado por: ___-___-_____	Verificado por: ___-___-_____	Aprovado por: ___-___-_____
Verificações finais de fecho do PIP (*)	Entidade Executante: ___-___-_____	CSO/Fiscalização: ___-___-_____

(*) Posições destinadas às verificações finais do Responsável do Entidade Executante (Diretor Técnico da Empreitada/Obra) e do Responsável pela Coordenação de Segurança e da Fiscalização, respetivamente, para confirmação da realização de todos os controlos previstos, encerrando-se assim o PIP.

ÁGUAS DE GAIA	IDENTIFICAÇÃO DE TRABALHADORES E INSPEÇÃO MÉDICA	Edição	Página
		_____	___/___
	Empreitada:	Coordenador de Segurança em Obra:	
	Dono da Obra:	Fiscalização:	
	Projetista:	Entidade Executante:	

Reg. N.º	Nome do trabalhador	N.º B.I. ou Passaporte	Nº da Segurança Social	Entidade Empregadora	*	Categoria Profissional	Inspeção Médica			
							Data últ.	Apto	N/apto	Data próx.

Elaborado por:	Data:	Verificado por:	Data:	Aprovado por:	Data:

* **E** = Entidade Executante; **S** = Subcontratado; **TI** = Trabalhador independente

ÁGUAS DE GAIA	DISTRIBUIÇÃO DE EPI E INFORMAÇÃO SOBRE RISCOS	Edição:	Pág.:
	Dono da Obra:	_____	___ / ___
	Obra:		
	Entidade Executante:		

Nome do trabalhador:
Entidade empregadora:

Ref.ª	Descrição do EPI	Riscos (1)	Receção do EPI	Devolução do EPI
			Data:___/___/___ Ass:___	Data:___/___/___ Ass:___
			Data:___/___/___ Ass:___	Data:___/___/___ Ass:___
			Data:___/___/___ Ass:___	Data:___/___/___ Ass:___
			Data:___/___/___ Ass:___	Data:___/___/___ Ass:___

RISCOS A PROTEGER (1)	
1- Quedas em altura	9- Pancadas na cabeça
2- Quedas ao mesmo nível	10- Cortes
3- Queda de objetos	11- Entalamentos
4- Queda por escorregamento	12- Eletrocussão
5- Objetos cortantes ou pontiagudos	13-
6- Esmagamento do pé	14-
7- Torção do pé	15-
8- Choques	16-

Trabalhador Ass:_____ **Data:** ____/____/_____

RESPONSÁVEL DA ENTIDADE EXECUTANTE PELA SHST	DIRETOR TÉCNICO DA EMPREITADA
Ass._____ Data____/____/_____	Ass._____ Data____/____/_____

ÁGUAS DE GAIA	REGISTO DE ACIDENTE DE TRABALHO	Edição:	Pág.: /
	Dono da Obra:		
	Obra:		
	Entidade executante:		

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	☐ Sub. nocivas / radiações	☐ Queda em altura
	☐ Capotamento	☐ Choque com objetos	☐ Queda ao mesmo nível
	☐ Colisão de veículos	☐ Esforço físico excessivo	☐ Queda de objetos
	☐ Compressão por objeto	☐ Explosão / Incêndio	☐ Soterramento
	☐ Choque elétrico	☐ Intoxicação	☐ _____
Tipo de lesão:	☐ Amputação	☐ Eletrização / Eletrocussão	☐ Lesões múltiplas
	☐ Asfixia	☐ Entorse	☐ Luxação
	☐ Lesões internas	☐ Esmagamento	☐ Queimadura
	☐ Contusão	☐ Ferida / Golpe	☐ Traumatismo
	☐ Distensão	☐ Fratura	☐ _____
Parte do corpo atingida:	☐ Cabeça, exceto olhos	☐ Braço(s)	☐ Pé(s), exceto dedos
	☐ Olho(s)	☐ Mão(s), exceto dedos	☐ Dedo(s) do(s) pé(s)
	☐ Tronco, exceto coluna	☐ Dedo(s) da(s) mão(s)	☐ Localizações múltiplas
	☐ Coluna vertebral	☐ Pernas(s)	☐ _____

Breve descrição do acidente: _____

_____

_____

Medidas de prevenção adoptadas: _____

_____

_____

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

Responsável da Entidade Executante pela SST	Diretor 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

ÁGUAS DE GAIA	RESUMO MENSAL DA SITUAÇÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO		Edição	Página
			_____	___/___
	Empreitada:	Coordenador de Segurança em Obra:		
	Dono da Obra:	Fiscalização:		
	Projetista:	Entidade Executante:		

Notas: **a)** A Ref.ª deverá ser a mesma da do Relatório de Investigação do acidente; **b)** Considerar todos os acidentados que se encontram de baixa no mês (acidentes ocorridos em mês anterior) e todos os acidentes ocorridos neste mês.	**Ano**:	**Mês**:

Ref.ª	Data acidente (ocorrência)	Nome do acidentado	Entidade Patronal	Data regresso ao trabalho	N.º dias perdidos (desde o início)	Descrição do acidente e/ou observações
	____/____/____			____/____/____		
	____/____/____			____/____/____		
	____/____/____			____/____/____		
	____/____/____			____/____/____		
	____/____/____			____/____/____		
	____/____/____			____/____/____		

Observações gerais:

Elaborado por:	___/___/_____	Verificado por:	___/___/_____	Aprovado por:	___/___/_____

ÁGUAS DE GAIA

QUADRO DE ACIDENTES DE TRABALHO E ÍNDICES DE SINISTRALIDADE

Edição	Página
_____	___/___

Empreitada:	Coordenador de Segurança em Obra:
Dono da Obra:	Fiscalização:
Projetista:	Entidade Executante:

Data		N.º médio	Pessoas-hora	N.º AT Mortais (M) e Não Mortais (NM)					N.º Dias Perdidos			Índice Incidência			Índice Frequência			Índice Gravidade		Índice Duração	
Ano (1)	Mês (2)	Pessoas (3)	trabalhadas (4)	M (5)	NM s/B (6)	NM>0 (7)	NM>3 (8)	Total (9)	NM<=3 (10)	NM>3 (11)	Total (12)	M+NM (13)	M+NM>0 (14)	M+NM>3 (15)	M+NM (16)	M+NM>0 (17)	M+NM>3 (18)	M+NM>0 (19)	M+NM>3 (20)	NM>0 (21)	NM>3 (22)
Total / Média																					

(1) Ano a que respeita a informação
(2) Mês a que respeita a informação
(3) N.º médio de pessoas na obra, incluindo técnicos e adm.
(4) N.º total de pessoas-horas trabalhadas no mês
(5) N.º acidentes mortais ocorridos no mês
(6) N.º acidentes não mortais sem baixa
(7) N.º acidentes não mortais com 1 ou mais dias de baixa
(8) N.º acidentes não mortais com mais de 3 dias de baixa
(9) N.º total de acidentes de trabalho (mortais e não mortais)
(10) N.º de dias de trabalho perdidos nos acidentes com 3 ou menos dias de baixa
(11) N.º de dias de trabalho perdidos nos acidentes com mais 3 de dias de baixa
(12) N.º total de dias perdidos com todos acidentes não mortais, com baixa
(13) Índice de incidência dos acidentes mortais e não mortais
(14) Índice de incidência dos acidentes mortais e não mortais com 1 ou mais dias de baixa
(15) Índice de incidência dos acidentes mortais e não mortais com mais de 3 dias de baixa
(16) Índice de Frequência dos acidentes mortais e não mortais
(17) Índice de Frequência dos acidentes mortais e não mortais com 1 ou mais dias de baixa
(18) Índice de Frequência dos acidentes mortais e não mortais com mais de 3 dias baixa
(19) Índice de Gravidade dos acidentes mortais e não mortais
(20) Índice de Gravidade dos acidentes mortais e não mortais com mais de 3 dias de baixa
(21) Índice de Duração de todos os acidentes não mortais com 1 ou mais dias de baixa
(22) Índice de Duração dos acidentes não mortais com mais de 3 dias de baixa

Notas: a) Os índices apresentados referem-se a valores acumulados;
b) Consideram-se todos os acidentes declarados às Companhias de Seguros;
c) O nº de dias perdidos não inclui o dia do acidente e o dia de regresso ao trabalho.
d) Consideram-se dias de trabalho e não dias de calendário

Elaborado por:	___/___/_____	Verificado por:	___/___/_____	Aprovado por:	___/___/_____

ÁGUAS DE GAIA	MONITORIZAÇÃO DA SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO	Edição:	Pág.:
	Dono da Obra:	_____	___ / ___
	Obra:		
	Entidade Executante:		

DADOS GERAIS REFERENTES AO MÊS EM CAUSA			
Organograma nominal funcional está atualizado? Sim ☐ Não ☐		Plano de trabalhos aprovado está a ser cumprido? Sim ☐ Não ☐	
Definição de funções da equipa técnica atualizada? Sim ☐ Não ☐		Trabalhos dentro dos prazos? Sim ☐ Não ☐	
N.º Total de trabalhadores no estaleiro		N.º de instruções de trabalho elaboradas	
N.º Total de trabalhadores da entidade executante		N.º de planos de inspeção e prevenção elaborados	
N.º Total de trabalhadores de sub-empreiteiros		N.º de registos de monitorização e prevenção elaborados	
N.º Total de trabalhadores independentes		N.º de não conformidades identificadas	
N.º de empresas de trabalho temporário		N.º de não conformidades fechadas	
N.º de apólices de seguro de acidentes de trabalho		N.º de acidentes de trabalho declarados às seguradoras	
N.º de equipamentos de apoio com necessidade de controlo		N.º de acções de formação/informação/sensibilização realizadas	
N.º de auditorias internas efetuadas			

ACONTECIMENTOS MAIS RELEVANTES OCORRIDOS DURANTE O MÊS NO ÂMBITO DE SHST

DOCUMENTOS APRESENTADOS EM ANEXO			
☐	Registo de identificação de trabalhadores e inspeções médicas	☐	Controlo de recepção de materiais e equipamentos
☐	Lista de distribuição de EPI e informação sobre riscos	☐	Lista de planos de inspeção e prevenção
☐	Controlo de subempreiteiros	☐	Lista de registos de não conformidades
☐	Registo de apólices de seguro de acidentes de trabalho	☐	Resumo mensal de acidentes de trabalho
☐	Controlo de equipamentos de apoio e acessórios	☐	Registos de acidentes e índices de sinistralidade

RESPONSÁVEL DA ENTIDADE EXECUTANTE PELA SHST	DIRETOR TÉCNICO DA EMPREITADA
Ass._____ Data____/____/_____	Ass._____ Data____/____/_____

DECLARAÇÃO

E..., adjudicatário da empreitada (designação da empreitada/obra), declara, (*) nos termos e para os efeitos dos n.ºs 4 e 5 do Art.º 144.º do Decreto-Lei n.º 244/98 de 8 de Agosto, com as alterações decorrentes da Lei n.º 97/99 de 26 de Julho, do Decreto-Lei n.º 4/2001 de 10 de Janeiro e do Decreto-Lei n.º 34/2003 de 25 de Fevereiro, que cumprem as obrigações decorrentes da lei relativamente a todos os trabalhadores imigrantes eventualmente contratados para a execução desta empreitada, assegurando também esse cumprimento por parte dos seus subcontratados (subempreiteiros, empresas de prestação de serviços, empresas de cedência de trabalhadores em regime de trabalho temporário, empresas de aluguer ou fornecedoras de equipamento com manobrador, trabalhadores independentes), bem como da sucessiva cadeia de subcontratação.

(Localidade) , de de

(assinaturas de quem obriga a empresa)

(*) Tratando-se de empresa da cadeia de subcontratação, deverá substituir-se por "E..., subcontratado da empresa (designação da empresa contratante, a qual poderá ser subcontratada de outra) para a empreitada (designação da empreitada / obra), declara, nos termos ..."