

REGISTO DE ACIDENTES DE TRABALHO

Designação da Obra	
Entidade Empregadora	
Dono de Obra	

Data da ocorrência _____ Hora da ocorrência _____
Local da ocorrência _____
Empresa seguradora _____ Apólice nº _____

Identificação do Sinistrado

Nome:	Nº trabalhador:
Sexo <u> M </u> <u> F </u>	Data de nascimento:
Categoria profissional:	Data de admissão ao serviço:

Dados do Acidente**Descrição do acidente****Destino do sinistrado***Data**hora*

Causa do acidente:	☐ Atropelamento	☐ Esforço físico excessivo	☐ Queda em altura
	☐ Capotamento	☐ Intoxicação	☐ Queda ao mesmo nível
	☐ Colisão de veículos	☐ Contacto com energia elétrica	☐ _____
	☐ Compressão por objeto	☐ Soterramento	
	☐ Choque elétrico	☐ Queda de objetos	
Tipo de lesão:	☐ Amputação	☐ Eletrição / Eletrocussão	☐ Lesões múltiplas

☐ Asfixia ☐ Concussão / Lesões internas ☐ Contusão ☐ Distensão	☐ Entorse ☐ Esmagamento ☐ Ferida / Golpe ☐ Fratura	☐ Luxação ☐ Queimadura ☐ Traumatismo ☐ _____
Parte do corpo atingida:	☐ Cabeça, exceto olhos ☐ Olho(s) ☐ Tronco, exceto coluna ☐ Coluna vertebral	☐ Braço(s) ☐ Mão(s), exceto dedos ☐ Dedo(s) da(s) mão(s) ☐ Pernas(s)
☐ Pé(s), exceto dedos ☐ Dedo(s) do(s) pé(s) ☐ Localizações múltiplas ☐ _____		
Efeitos do acidente: ☐ Sem incapacidade ☐ Incapacidade permanente: _____ % ☐ Incapacidade temporária ☐ Morte Regresso ao trabalho: ____ / ____ / ____ ⇒ ____ dias perdidos		

Responsável do Empreiteiro pela SST

Diretor Técnico da Empreitada

Data: ____ / ____ / ____ Ass.:

Data: ____ / ____ / ____ Ass.: