

	REGISTO DE APÓLICES DE SEGURO DE ACIDENTES DE TRABALHO		Número _____	Página ____/____
	Empreitada:		Código:	
	Dono da Obra:	Fiscalização:		
	Projetista:	Empreiteiro:		

Número

Página

Empreitada:

Código:

Dono da Obra:

Fiscalização:

Projeta:

Empreiteiro:

Reg. N.º	Nome da empresa ou do trabalhador independente	(*)	Companhia de seguros	Número da apólice	Validade da apólice	Modalidade (**)			Periodicidade do pagamento
						PF-CN	PF-SN	PV	

**Nome da empresa
ou do trabalhador independente**

(*)

Companhia de seguros

**Número da
apólice**

Validade da apólice

Modalidade (**)

PF-CN

PF-SN

PV

Periodicidade do pagamento

[illegible]

(*) **E** = Empregado; **S** = Subempregado / Tarefeiro; **TI** = Trabalhador independente; (**) **PF-CN** = Prémio fixo com nomes; **PF-SN** = Prémio Fixo sem nomes; **PV** = Prémio Variável

Preparado por:	Data:	Verificado por:	Data:	Aprovado por:	Data:
----------------	-------	-----------------	-------	---------------	-------

Data:

Verificado por:

Data:

Aprovado por:

Data: