

	REGISTO DE ACIDENTE DE TRABALHO		Número:	Pág.: /
	Dono da Obra:			
	Obra:			
	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 objeto ☐ Choque elétrico	☐ Sub. nocivas / radiações ☐ Choque com objetos ☐ Esforço físico excessivo ☐ Explosão / Incêndio ☐ Intoxicação	☐ Queda em altura ☐ Queda ao mesmo nível ☐ Queda de objetos ☐ Soterramento ☐ _____
Tipo de lesão: ☐ Amputação ☐ Asfixia ☐ Concussão / Lesões internas ☐ Contusão ☐ Distensão	☐ Eletrição / Eletrocussão ☐ Entorse ☐ Esmagamento ☐ Ferida / Golpe ☐ Fratura	☐ Lesões múltiplas ☐ 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 ☐ _____
Breve descrição do acidente: _____ _____ _____ _____ Medidas de prevenção adotadas: _____ _____ _____ _____		
Efeitos do acidente: ☐ Sem incapacidade ☐ Incapacidade temporária ☐ Incapacidade permanente: ____ % ☐ Morte		Regresso ao trabalho: ____/____/____ ⇒ ____ dias perdidos

Responsável do Empreiteiro pela SST Data: ____/____/____ Ass.: _____	Diretor 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