

REGISTO DE APÓLICES DE SEGURO DE ACIDENTES DE TRABALHO

Número

Página

Empreitada:

Código:

Dono da Obra:

Fiscalização:

Projectista:

Adjudicatário:

Reg.
N.º

**Nome da empresa
ou do trabalhador independente**

$$(*)$$
**Companhia de seguros e
Ramo de Actividade**

**Número da
apólice**

Validade da apólice

Modalidade ()**

PF-CN

PF-SN

PV

Periodicidade do pagamento

(*) E = Empreiteiro; S = Subempreiteiro / Tarefa; 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: