



CASCAIS

PRÓXIMA

Gestão da Mobilidade, Espaços Urbanos e Energias

REGISTO DE ACIDENTE DE TRABALHO		Número: _____	Pág.: _____/____
Dono da Obra:			
Obra:			
Adjudicatário:			
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 ☐ -2ª ☐ -3ª ☐ -4ª ☐ -5ª ☐ -6ª ☐ -Sáb. ☐ -Dom.			
Local: ☐ No estaleiro ⁽³⁾ ☐ Fora do estaleiro ☐ Desloc. Domicílio ⇌ Trabalho ☐ Desloc. Trabalho ⇌ Domicílio			
Onde? ☐ Estrada ☐ Obras de Arte ☐ Túneis ☐ Estaleiro de Apoio.			
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 objectos	☐ Queda ao mesmo nível	
☐ Colisão de veículos	☐ Esforço físico excessivo	☐ Queda de objectos	
☐ Compressão por objecto	☐ Explosão / Incêndio	☐ Soterramento	
☐ Choque eléctrico	☐ Intoxicação	☐ _____	
Tipo de lesão:			
☐ Amputação	☐ Electrização / Electrocussão	☐ Lesões múltiplas	
☐ Asfixia	☐ Entorse	☐ Luxação	
☐ Concussão / Lesões internas	☐ Esmagamento	☐ Queimadura	
☐ Contusão	☐ Ferida / Golpe	☐ Traumatismo	
☐ Distensão	☐ Fractura	☐ _____	
Parte do corpo atingida:			
☐ Cabeça, excepto olhos	☐ Braço(s)	☐ Pé(s), excepto dedos	
☐ Olho(s)	☐ Mão(s), excepto dedos	☐ Dedo(s) do(s) pé(s)	
☐ Tronco, excepto coluna	☐ Dedo(s) da(s) mão(s)	☐ Localizações múltiplas	
☐ Coluna vertebral	☐ Pernas(s)	☐ _____	
Breve descrição do acidente: _____			
Medidas de prevenção adotadas: _____			
Efeitos do acidente:		Regresso ao trabalho: _____	
☐ Sem incapacidade	☐ Incapacidade temporária	____/____/____ ⇌ ____ dias perdidos	
☐ Incapacidade permanente: ____ %	☐ Morte		
Responsável do Adjudicatário pela SST		Director Técnico da Empreitada / Obra	
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 (3) Estaleiro é todo o empreendimento incluindo estaleiros de apoio