

	REGISTO DE ACIDENTE DE TRABALHO		Número: _____	Pág.: _____ / _____
	Dono da Obra: ADRA – ÁGUAS DA REGIÃO DE AVEIRO, S.A.			
	Obra: AUMENTO DE FIABILIDADE DO SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA DE CEDRIM-PARADELA - SEVER DO VOUGA			
	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 permanente: ____ % ☐ Incapacidade temporária ☐ Morte
	Regresso ao trabalho: ____/____/____ ⇒ ____ dias perdidos

Responsável do Empreiteiro pela SST	Diretor Técnico da Empreitada
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