

 ÁGUAS DE SANTO ANDRÉ Grupo Águas de Portugal	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: _____			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> Causa do acidente: ☐ Atropelamento ☐ Capotamento ☐ Colisão de veículos ☐ Compressão por objeto ☐ Choque elétrico </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ Sub. nocivas / radiações ☐ Choque com objetos ☐ Esforço físico excessivo ☐ Explosão / Incêndio ☐ Intoxicação </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ Queda em altura ☐ Queda ao mesmo nível ☐ Queda de objetos ☐ Soterramento ☐ </td> </tr> </table>	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 ☐
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 ☐	
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> Tipo de lesão: ☐ Amputação ☐ Asfixia ☐ Concussão / Lesões internas ☐ Contusão ☐ Distensão </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ Electrização / Electrocussão ☐ Entorse ☐ Esmagamento ☐ Ferida / Golpe ☐ Fratura </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ Lesões múltiplas ☐ Luxação ☐ Queimadura ☐ Traumatismo ☐ </td> </tr> </table>	Tipo de lesão: ☐ Amputação ☐ Asfixia ☐ Concussão / Lesões internas ☐ Contusão ☐ Distensão	☐ Electrização / Electrocussão ☐ Entorse ☐ Esmagamento ☐ Ferida / Golpe ☐ Fratura	☐ Lesões múltiplas ☐ Luxação ☐ Queimadura ☐ Traumatismo ☐
Tipo de lesão: ☐ Amputação ☐ Asfixia ☐ Concussão / Lesões internas ☐ Contusão ☐ Distensão	☐ Electrização / Electrocussão ☐ Entorse ☐ Esmagamento ☐ Ferida / Golpe ☐ Fratura	☐ Lesões múltiplas ☐ Luxação ☐ Queimadura ☐ Traumatismo ☐	
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> Parte do corpo atingida: ☐ Cabeça, exceto olhos ☐ Olho(s) ☐ Tronco, exceto coluna ☐ Coluna vertebral </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ Braço(s) ☐ Mão(s), exceto dedos ☐ Dedo(s) da(s) mão(s) ☐ Pernas(s) </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ Pé(s), exceto dedos ☐ Dedo(s) do(s) pé(s) ☐ Localizações múltiplas ☐ </td> </tr> </table>	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 ☐
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 ☐	

LOGOTIPO DO DONO DA OBRA	REGISTO DE ACIDENTE DE TRABALHO		Número:	Pág.: /
	Dono da Obra:			
	Obra:			
	Empreiteiro:			
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