



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: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | Data de Nascimento: ____/____/____ |
| Naturalidade: _____  |                                    |
| Nacionalidade: _____   |                                    |
| Morada: _____  |                                    |
| Estado civil: _____  |                                    |
| B. I. N.º: _____ de ____/____/____ emitido por _____                       |                                    |
| Passaporte <sup>(1)</sup> N.º: _____ de ____/____/____ emitido por _____   |                                    |
| Categoria profissional: _____  |                                    |
| Data de admissão na obra: ____/____/____                                   |                                    |

| DADOS RELATIVOS À ENTIDADE EMPREGADORA      |                                    |
|---|------------------------------------|
| Entidade empregadora: _____                 |                                    |
| Companhia de Seguros: <sup>(2)</sup> _____  | Apólice: <sup>(2)</sup> N.º: _____ |
| Data de admissão na empresa: ____/____/____ |                                    |

| DADOS RELATIVOS AO ACIDENTE  |  |   |   |   |  |  |   |  |   |   |   |  |                                       |   |                                      |                                |
|--|--|---|---|---|--|--|---|--|---|---|---|--|---------------------------------------|---|--------------------------------------|--------------------------------|
| Data e hora: ____/____/____ às ____ h ____ m   | <input type="checkbox"/> -2ª <input type="checkbox"/> -3ª <input type="checkbox"/> -4ª <input type="checkbox"/> -5ª <input type="checkbox"/> -6ª <input type="checkbox"/> -Sáb. <input type="checkbox"/> -Dom.   |   |   |   |  |  |   |  |   |   |   |  |                                       |   |                                      |                                |
| Local: <input type="checkbox"/> No estaleiro <sup>(3)</sup> <input type="checkbox"/> Fora do estaleiro <input type="checkbox"/> Desloc. Domicílio ⇨ Trabalho <input type="checkbox"/> Desloc. Trabalho ⇨ Domicílio |  |   |   |   |  |  |   |  |   |   |   |  |                                       |   |                                      |                                |
| Onde? <input type="checkbox"/> Estrada <input type="checkbox"/> Obras de Arte <input type="checkbox"/> Túneis <input type="checkbox"/> Estaleiro de Apoio.   |  |   |   |   |  |  |   |  |   |   |   |  |                                       |   |                                      |                                |
| Destino do sinistrado: _____   |  |   |   |   |  |  |   |  |   |   |   |  |                                       |   |                                      |                                |
| Entidade que o transportou: _____  | Data e hora: ____/____/____ às ____ h ____ m   |   |   |   |  |  |   |  |   |   |   |  |                                       |   |                                      |                                |
| Houve mais sinistrados no acidente? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____   |  |   |   |   |  |  |   |  |   |   |   |  |                                       |   |                                      |                                |
| Testemunhas: _____   |  |   |   |   |  |  |   |  |   |   |   |  |                                       |   |                                      |                                |
| Causa do acidente:   | <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Atropelamento</td><td><input type="checkbox"/> Sub. nocivas / radiações</td><td><input type="checkbox"/> Queda em altura</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Capotamento</td><td><input type="checkbox"/> Choque com objectos</td><td><input type="checkbox"/> Queda ao mesmo nível</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Colisão de veículos</td><td><input type="checkbox"/> Esforço físico excessivo</td><td><input type="checkbox"/> Queda de objectos</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Compressão por objecto</td><td><input type="checkbox"/> Explosão / Incêndio</td><td><input type="checkbox"/> Soterramento</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Choque eléctrico</td><td><input type="checkbox"/> Intoxicação</td><td><input type="checkbox"/> _____</td></tr></table> | <input type="checkbox"/> Atropelamento          | <input type="checkbox"/> Sub. nocivas / radiações     | <input type="checkbox"/> Queda em altura      | <input type="checkbox"/> Capotamento                     | <input type="checkbox"/> Choque com objectos   | <input type="checkbox"/> Queda ao mesmo nível | <input type="checkbox"/> Colisão de veículos         | <input type="checkbox"/> Esforço físico excessivo | <input type="checkbox"/> Queda de objectos      | <input type="checkbox"/> Compressão por objecto | <input type="checkbox"/> Explosão / Incêndio | <input type="checkbox"/> Soterramento | <input type="checkbox"/> Choque eléctrico | <input type="checkbox"/> Intoxicação | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Atropelamento   | <input type="checkbox"/> Sub. nocivas / radiações  | <input type="checkbox"/> Queda em altura        |   |   |  |  |   |  |   |   |   |  |                                       |   |                                      |                                |
| <input type="checkbox"/> Capotamento   | <input type="checkbox"/> Choque com objectos   | <input type="checkbox"/> Queda ao mesmo nível   |   |   |  |  |   |  |   |   |   |  |                                       |   |                                      |                                |
| <input type="checkbox"/> Colisão de veículos   | <input type="checkbox"/> Esforço físico excessivo  | <input type="checkbox"/> Queda de objectos      |   |   |  |  |   |  |   |   |   |  |                                       |   |                                      |                                |
| <input type="checkbox"/> Compressão por objecto  | <input type="checkbox"/> Explosão / Incêndio   | <input type="checkbox"/> Soterramento           |   |   |  |  |   |  |   |   |   |  |                                       |   |                                      |                                |
| <input type="checkbox"/> Choque eléctrico  | <input type="checkbox"/> Intoxicação   | <input type="checkbox"/> _____                  |   |   |  |  |   |  |   |   |   |  |                                       |   |                                      |                                |
| Tipo de lesão:   | <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Amputação</td><td><input type="checkbox"/> Electrização / Electrocussão</td><td><input type="checkbox"/> Lesões múltiplas</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Asfixia</td><td><input type="checkbox"/> Entorse</td><td><input type="checkbox"/> Luxação</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Concussão / Lesões internas</td><td><input type="checkbox"/> Esmagamento</td><td><input type="checkbox"/> Queimadura</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Contusão</td><td><input type="checkbox"/> Ferida / Golpe</td><td><input type="checkbox"/> Traumatismo</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Distensão</td><td><input type="checkbox"/> Fractura</td><td><input type="checkbox"/> _____</td></tr></table>   | <input type="checkbox"/> Amputação              | <input type="checkbox"/> Electrização / Electrocussão | <input type="checkbox"/> Lesões múltiplas     | <input type="checkbox"/> Asfixia                         | <input type="checkbox"/> Entorse               | <input type="checkbox"/> Luxação              | <input type="checkbox"/> Concussão / Lesões internas | <input type="checkbox"/> Esmagamento              | <input type="checkbox"/> Queimadura             | <input type="checkbox"/> Contusão               | <input type="checkbox"/> Ferida / Golpe      | <input type="checkbox"/> Traumatismo  | <input type="checkbox"/> Distensão        | <input type="checkbox"/> Fractura    | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Amputação   | <input type="checkbox"/> Electrização / Electrocussão  | <input type="checkbox"/> Lesões múltiplas       |   |   |  |  |   |  |   |   |   |  |                                       |   |                                      |                                |
| <input type="checkbox"/> Asfixia   | <input type="checkbox"/> Entorse   | <input type="checkbox"/> Luxação                |   |   |  |  |   |  |   |   |   |  |                                       |   |                                      |                                |
| <input type="checkbox"/> Concussão / Lesões internas   | <input type="checkbox"/> Esmagamento   | <input type="checkbox"/> Queimadura             |   |   |  |  |   |  |   |   |   |  |                                       |   |                                      |                                |
| <input type="checkbox"/> Contusão  | <input type="checkbox"/> Ferida / Golpe  | <input type="checkbox"/> Traumatismo            |   |   |  |  |   |  |   |   |   |  |                                       |   |                                      |                                |
| <input type="checkbox"/> Distensão   | <input type="checkbox"/> Fractura  | <input type="checkbox"/> _____                  |   |   |  |  |   |  |   |   |   |  |                                       |   |                                      |                                |
| Parte do corpo atingida:   | <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Cabeça, excepto olhos</td><td><input type="checkbox"/> Braço(s)</td><td><input type="checkbox"/> Pé(s), excepto dedos</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Olho(s)</td><td><input type="checkbox"/> Mão(s), excepto dedos</td><td><input type="checkbox"/> Dedo(s) do(s) pé(s)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Tronco, excepto coluna</td><td><input type="checkbox"/> Dedo(s) da(s) mão(s)</td><td><input type="checkbox"/> Localizações múltiplas</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Coluna vertebral</td><td><input type="checkbox"/> Pernas(s)</td><td><input type="checkbox"/> _____</td></tr></table>   | <input type="checkbox"/> Cabeça, excepto olhos  | <input type="checkbox"/> Braço(s)                     | <input type="checkbox"/> Pé(s), excepto dedos | <input type="checkbox"/> Olho(s)                         | <input type="checkbox"/> Mão(s), excepto dedos | <input type="checkbox"/> Dedo(s) do(s) pé(s)  | <input type="checkbox"/> Tronco, excepto coluna      | <input type="checkbox"/> Dedo(s) da(s) mão(s)     | <input type="checkbox"/> Localizações múltiplas | <input type="checkbox"/> Coluna vertebral       | <input type="checkbox"/> Pernas(s)           | <input type="checkbox"/> _____        |   |                                      |                                |
| <input type="checkbox"/> Cabeça, excepto olhos   | <input type="checkbox"/> Braço(s)  | <input type="checkbox"/> Pé(s), excepto dedos   |   |   |  |  |   |  |   |   |   |  |                                       |   |                                      |                                |
| <input type="checkbox"/> Olho(s)   | <input type="checkbox"/> Mão(s), excepto dedos   | <input type="checkbox"/> Dedo(s) do(s) pé(s)    |   |   |  |  |   |  |   |   |   |  |                                       |   |                                      |                                |
| <input type="checkbox"/> Tronco, excepto coluna  | <input type="checkbox"/> Dedo(s) da(s) mão(s)  | <input type="checkbox"/> Localizações múltiplas |   |   |  |  |   |  |   |   |   |  |                                       |   |                                      |                                |
| <input type="checkbox"/> Coluna vertebral  | <input type="checkbox"/> Pernas(s)   | <input type="checkbox"/> _____                  |   |   |  |  |   |  |   |   |   |  |                                       |   |                                      |                                |
| Breve descrição do acidente: _____   |  |   |   |   |  |  |   |  |   |   |   |  |                                       |   |                                      |                                |
| Medidas de prevenção adotadas: _____   |  |   |   |   |  |  |   |  |   |   |   |  |                                       |   |                                      |                                |
| Efeitos do acidente:   | <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Sem incapacidade</td><td><input type="checkbox"/> Incapacidade temporária</td><td>Regresso ao trabalho: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Incapacidade permanente: ____ %</td><td><input type="checkbox"/> Morte</td><td>____/____/____ ⇨ ____ dias perdidos</td></tr></table>  | <input type="checkbox"/> Sem incapacidade       | <input type="checkbox"/> Incapacidade temporária      | Regresso ao trabalho: _____                   | <input type="checkbox"/> Incapacidade permanente: ____ % | <input type="checkbox"/> Morte                 | ____/____/____ ⇨ ____ dias perdidos           |  |   |   |   |  |                                       |   |                                      |                                |
| <input type="checkbox"/> Sem incapacidade  | <input type="checkbox"/> Incapacidade temporária   | Regresso ao trabalho: _____                     |   |   |  |  |   |  |   |   |   |  |                                       |   |                                      |                                |
| <input type="checkbox"/> Incapacidade permanente: ____ %   | <input type="checkbox"/> Morte   | ____/____/____ ⇨ ____ dias perdidos             |   |   |  |  |   |  |   |   |   |  |                                       |   |                                      |                                |

|                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Responsável do Adjudicatário pela SST | Director Técnico da Empreitada / Obra |
| Data: ____/____/____ Ass.: _____      | Data: ____/____/____ Ass.: _____      |