

PARTICIPAÇÃO INTERNA DE ACIDENTES

PÁGINA N.º 1 DE 1

Dados do empregador	
Empresa:	Tel.:
Morada:	Fax:
Pessoa de contacto:	Tel.:
Companhia de Seguros:	Apólice n.º:

Dados do sinistrado	
Nome:	N.º Trab.:
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Categoria Profissional:

Dados relativos ao acidente			
Data e hora:		Total de horas já trabalhadas no dia do acidente:	
Local: <input type="checkbox"/> No estaleiro <input type="checkbox"/> Fora do estaleiro <input type="checkbox"/> Desloc. Domicílio → Trabalho <input type="checkbox"/> Desloc. Trabalho → Domicílio			
Parte do corpo atingida <input type="checkbox"/> Cabeça, excepto olhos <input type="checkbox"/> Olho (s) <input type="checkbox"/> Tronco, excepto coluna <input type="checkbox"/> Coluna vertebral <input type="checkbox"/> Braço (s) <input type="checkbox"/> Mão (s), excepto dedos <input type="checkbox"/> Dedo (s) da (s) mão (s) <input type="checkbox"/> Pernas <input type="checkbox"/> Pé (s), excepto dedos <input type="checkbox"/> Dedo (s) do (s) pé (s) <input type="checkbox"/> Localizações múltiplas <input type="checkbox"/> _____	Tipo de lesão <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Asfixia <input type="checkbox"/> Concussão / Lesões internas <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Distensão <input type="checkbox"/> Electrização / Electrocussão <input type="checkbox"/> Entorse <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Ferida / golpe <input type="checkbox"/> Fractura <input type="checkbox"/> Lesões múltiplas <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Traumatismo <input type="checkbox"/> _____	Causa do acidente <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Choque eléctrico <input type="checkbox"/> Choque com objectos <input type="checkbox"/> Colisão de veículos <input type="checkbox"/> Compressão por objecto <input type="checkbox"/> Esforço físico excessivo <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Queda em altura <input type="checkbox"/> Queda de objectos <input type="checkbox"/> Soterramento <input type="checkbox"/> Sub. nocivas / radiações <input type="checkbox"/> _____	EPI's utilizados <input type="checkbox"/> Arnês <input type="checkbox"/> Botas de segurança <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Luvas <input type="checkbox"/> Óculos <input type="checkbox"/> Protecção respiratória <input type="checkbox"/> Protectores auriculares <input type="checkbox"/> Viseira <input type="checkbox"/> Vestuário de alta visibilidade <input type="checkbox"/> Vestuário de protecção <input type="checkbox"/> _____
Breve descrição do acidente:			