

	REGISTO DE ACIDENTE DE TRABALHO		Número:	Pág.:
	Dono da Obra: D.S.E. – Secretaria Regional dos Transportes e Obras Públicas			
	Obra: "CORREÇÃO DA E. R. 9-2ª NO PORTAL DO VENTO" – ILHA DE S. MIGUEL - AÇORES			
	Empreiteiro: A DEFINIR			

DADOS DO SINISTRADO	
Nome: _____	N.º Trab.: _____
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data de Nascimento: ____/____/____
Naturalidade: _____	
Nacionalidade: _____	
Morada: _____	
Estado civil: _____	
C. C.. N.º: ____ de ____/____/____ válido até ____	
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: <input type="checkbox"/> No estaleiro ⁽³⁾ <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:	<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 objetos
	<input type="checkbox"/> Compressão por objeto	<input type="checkbox"/> Explosão / Incêndio	<input type="checkbox"/> Soterramento
	<input type="checkbox"/> Choque elétrico	<input type="checkbox"/> Intoxicação	<input type="checkbox"/> _____
Tipo de lesão:	<input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Eletização / Eletrocussão	<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"/> Fratura	<input type="checkbox"/> _____
Parte do corpo atingida:	<input type="checkbox"/> Cabeça, (exceto) olhos	<input type="checkbox"/> Braço(s)	<input type="checkbox"/> Pé(s), (exceto) dedos
	<input type="checkbox"/> Olho(s)	<input type="checkbox"/> Mão(s), exceto, dedos	<input type="checkbox"/> Dedo(s) do(s) pé(s)
	<input type="checkbox"/> Tronco, exceto 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 adoptadas: _____			
Efeitos do acidente:		Regresso ao trabalho:	
<input type="checkbox"/> Sem incapacidade <input type="checkbox"/> Incapacidade temporária <input type="checkbox"/> Incapacidade permanente: ____ % <input type="checkbox"/> Morte		____/____/____ ⇒ ____ dias perdidos	

RESPONSÁVEL DO ADJUDICATÁRIO PELA SST: Data: ____/____/____ Ass.: _____	DIRETOR TÉCNICO DA EMPREITADA/OBRA: 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