

 Vila do Conde Câmara Municipal	REGISTO DE ACIDENTE DE TRABALHO		Número: _____	Pág.: _____
	Dono da Obra: Câmara Municipal de Vila do Conde			
	Obra: PONTE SOBRE O RIO ESTE, EM ARCOS			
	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 ☐ -2ª ☐ -3ª ☐ -4ª ☐ -5ª ☐ -6ª ☐ -Sáb. ☐ -Dom.	
Local: ☐ No estaleiro ⁽³⁾ ☐ Fora do estaleiro ☐ Desloc. Domicílio ⇒ Trabalho ☐ Desloc. Trabalho ⇒ Domicílio	
Onde? ☐ Estrada ☐ Obras de Arte ☐ Túneis ☐ Estaleiro de Apoio.	
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	☐ Sub. nocivas / radiações	☐ Queda em altura
	☐ Capotamento	☐ Choque com objectos	☐ Queda ao mesmo nível
	☐ Colisão de veículos	☐ Esforço físico excessivo	☐ Queda de objectos
	☐ Compressão por objecto	☐ Explosão / Incêndio	☐ Soterramento
	☐ Choque eléctrico	☐ Intoxicação	☐
Tipo de lesão:	☐ Amputação	☐ Electrização / Electrocussão	☐ Lesões múltiplas
	☐ Asfixia	☐ Entorse	☐ Luxação
	☐ Concussão / Lesões internas	☐ Esmagamento	☐ Queimadura
	☐ Contusão	☐ Ferida / Golpe	☐ Traumatismo
	☐ Distensão	☐ Fractura	☐
Parte do corpo atingida:	☐ Cabeça, excepto olhos	☐ Braço(s)	☐ Pé(s), excepto dedos
	☐ Olho(s)	☐ Mão(s), excepto dedos	☐ Dedo(s) do(s) pé(s)
	☐ Tronco, excepto coluna	☐ Dedo(s) da(s) mão(s)	☐ Localizações múltiplas
	☐ Coluna vertebral	☐ Pernas(s)	☐

Breve descrição do acidente: _____

Medidas de prevenção adoptadas: _____

Efeitos do acidente:	☐ Sem incapacidade ☐ Incapacidade permanente: ____ %	☐ Incapacidade temporária ☐ Morte	Regresso ao trabalho: ____/____/____ ⇒ ____ dias perdidos
----------------------	---	--	--

Responsável do empreiteiro pela SST	Director 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 (3) Estaleiro é todo o empreendimento incluindo estaleiros de apoio