

REGISTO DE ACIDENTE DE TRABALHO

Após a ocorrência de um acidente de trabalho o empregador é responsável pela investigação do mesmo (Lei nº 102/2009, de 10 de setembro e suas alterações), sendo o seu objetivo encontrar as causas que contribuíram para a sua ocorrência visando prevenir outras situações similares.

Sempre que ocorra um acidente de trabalho mortal ou nas situações de acidente de trabalho em que o trabalhador sofra uma lesão física grave, este deve ser comunicado à ACT nas 24 horas seguintes à sua ocorrência (Artigo 111º da Lei nº 3/2014 de 28 de janeiro).

Empresa: _____

Departamento afetado: _____

DADOS DO SINISTRADO

Nome: _____ Categoria profissional: _____

Sexo: Masculino Feminino Data de Nascimento: ____/____/____

DADOS RELATIVOS AO ACIDENTE

Data e hora: ____/____/____ às ____h ____m

Local: Posto de trabalho No cliente Desloc. Domicílio ⇌ Trabalho Desloc. Trabalho ⇌ Domicílio

Prestada assistência por: Socorrista Médico Hospital Ninguém

Houve mais sinistrados no acidente? Não Sim Quantos? _____

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 objetos	<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"/> Entalamento	<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"/> Eletrização / 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 adotadas: _____

Efeitos do acidente:	O sinistrado continua a trabalhar? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Comunicado à autoridade competente: ____/____/____	Regresso ao trabalho: ____/____/____ ⇌ ____ dias perdidos ____ horas perdidas
-----------------------------	---	---	---

OBS:

Assinatura: _____

Assinatura de validação: _____ (TSHST)

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

