

| REGISTO DE ACIDENTE N.º  |   |                               |  |
|--|---|-------------------------------|--|
| Instituição  | Data da ocorrência<br>____/____/____<br>Hora<br>____:____ | Local da ocorrência           | N.º ID: _____ (Ocorrência n.º)<br>Empresa Seguradora<br>(Nome da Seguradora)<br>Apólice N.º: _____ |
| <b>1. Identificações</b>   |   |                               |  |
| <b>Dados do Sinistrado</b>   |   |                               |  |
| Nome: _____  |   | N.º de Empregado _____        |  |
| Morada: _____  |   |                               |  |
| Data de entrada no serviço /trabalho: _____/____/____                                |   | Categoria profissional: _____ |  |
| Estado civil: _____  | Idade: _____  | Sexo: _____                   |  |
| Actividade que estava a realizar no momento AT: _____                                |   |                               |  |
| Nome do Responsável pela SST: _____  |   |                               |  |
| <b>2. Dados do Acidente / Incidente / Ocorrência Perigosa</b>                        |   |                               |  |
| Breve descrição da ocorrência: _____   |   |                               |  |
| Identificação de testemunhas:  |   |                               |  |
| Nome: _____  |   | N.º de Empregado _____        |  |
| Nome: _____  |   | N.º de Empregado _____        |  |
| Causa da ocorrência: _____   |   |                               |  |
| Consequências da ocorrência:   |   |                               |  |
| Tipo de lesão:   | _____   | _____                         | _____  |
| Zona do corpo atingida:  | _____   | _____                         | _____  |
| Agente(s) material(ais) da lesão:  | _____   |                               |  |
| Danos materiais:   | _____   |                               |  |
| Destino do sinistrado:   |   |                               |  |
| Local: _____   | Hora  | ____:____                     |  |
| Acções Correctivas no local: _____   |   |                               |  |
| <b>Consequências do acidente</b>   |   |                               | <b>Incapacidade permanente</b>   |
| Há outros documentos anexados a este registo?  |   |                               | _____  |
| Identificação dos anexos:  | _____   | _____                         | _____  |
| Outra informação relevante: (e.g.: testemunhas, circunstâncias da ocorrência, etc. ) |   |                               |  |
| <b>3. Participação a Entidades Externas</b>  |   |                               |  |
| A ocorrência foi participada à empresa seguradora?                                   |   |                               | _____  |
| A ocorrência foi participada à ACT?  |   |                               | _____  |
| A ocorrência foi participada a outras entidades?                                     |   |                               | _____  |
| Se sim, qual ou quais?   |   |                               |  |
| Motivo da participação: _____  |   |                               |  |
| Nome da pessoa que preencheu o impresso:   |   | Assinatura                    | Data: _____/____/____  |
| Confirmação da informação (o (a) sinistrado(a):                                      |   | Assinatura                    | Data: _____/____/____  |