

	LISTA DE MODELOS	Número:	Pág.:
	Dono da Obra:	_____	___ / ___
	Obra:		
	Empreiteiro:		

MODELO	DESCRIÇÃO
S01	Registo de distribuição de documentos
S02	Proposta de alterações de documentos
S03	Registo das alterações aprovadas de documentos
S04	Declaração de recepção do PSS pelo Empreiteiro
S05	Declaração de entrega do PSS na Recepção Provisória pelo Empreiteiro
S06	Controlo de assinaturas e rubricas
S07	Declaração relativa a eventuais trabalhadores imigrantes
S08	Comunicação Prévia
S09	Registo de identificação dos trabalhadores e inspecção médica
S10	Distribuição de EPI e informação sobre riscos
S11	Controlo de subempreiteiros
S12	Registo de apólices de seguro de acidentes de trabalho
S13	Controlo de equipamentos de apoio
S14	Controlo de recepção de materiais e equipamentos
S15	Planos de monitorização e prevenção
S16	Registos de monitorização e prevenção
S17	Registo de não conformidade e acções correctivas / preventivas
S18	Registo de ocorrência de acidente de trabalho
S19	Resumo mensal da situação dos acidentes de trabalho
S20	Registo de acidentes e índices de sinistralidade laboral
S21	Monitorização da Segurança e Saúde no Trabalho
S22	Ficha de realização da obra (Compilação Técnica)
S23	Plano de Monitorização Periódica (Compilação Técnica)
S24	Controlo de Equipamentos de apoio (Compilação Técnica)
S25	Registo de não conformidade e acções correctivas / preventivas (Compilação Técnica)
S26	Resumo anual da situação dos acidentes de trabalho (Compilação Técnica)
S27	
S28	
S29	
S30	

NOTA: O Empreiteiro deverá utilizar como referência os modelos referidos nesta lista e integrados no PSS ou na CT, consoante os casos, podendo no entanto propor as alterações que entender, as quais apenas se tornam efectivas após aprovação do Dono da Obra. Poderá também criar novos modelos que proporá ao Dono da Obra a sua aprovação e integração no Sistema.

Inclui-se também no anexo 1 do PSS a lista inicial de trabalhos relevantes elaborada na fase de projecto, que o empreiteiro deverá complementar em cópia que introduzirá no anexo 18 (Planos de Monitorização e Prevenção).

	REGISTO DE DISTRIBUIÇÃO DE DOCUMENTOS		Número:	Pág.:
	Dono da Obra:		_____	___ / ___
	Obra:			
	Empreiteiro:			

DOCUMENTO	
<input type="checkbox"/> Plano de Segurança e Saúde (PSS); <input type="checkbox"/> Compilação Técnica da Obra (CT); <input type="checkbox"/> _____;	
<input type="checkbox"/> _____; <input type="checkbox"/> _____; <input type="checkbox"/> _____	

REF.ª	NOME DO DETENTOR DO PSS	ENTIDADE	DATA	RUBRICA	OBSERV.
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

Nota: Este quadro deverá ser mantido actualizado pelo Empreiteiro à medida que o PSS for sendo distribuído pelos subcontratados e sucessiva cadeia de subcontratação.

	PROPOSTA DE ALTERAÇÕES DE DOCUMENTOS	Número:	Pág.:
	Dono da Obra:	_____	___/___
	Obra:		
	Empreiteiro:		

DOCUMENTO
<input type="checkbox"/> Plano de Segurança e Saúde (PSS); <input type="checkbox"/> Compilação Técnica da Obra (CT); <input type="checkbox"/> _____;
<input type="checkbox"/> _____; <input type="checkbox"/> _____; <input type="checkbox"/> _____

<i>Descrição da proposta de alteração:</i>	
<i>Proposto por:</i>	<i>Na qualidade de:</i>
<i>Ass.:</i>	<i>Data:</i>
<i>Parecer:</i>	
<i>Proposto por:</i>	<i>Na qualidade de:</i>
<i>Ass.:</i>	<i>Data:</i>

APROVAÇÃO	
Coordenador de Segurança da Obra _____/_____/_____	Representante do Dono da Obra: _____/_____/_____

Nota: As alterações propostas apenas se tornam efectivas após a aprovação do Representante do Dono da Obra.

DECLARAÇÃO

Adjudicatário da obra “_____”, declara ter recebido o Plano de *Segurança e de Saúde* (PSS) para a mencionada empreitada comprometendo-se a cumprir o preconizado nesse PSS com proficiência tendo em conta a legislação em vigor e a propor as alterações que se revelarem necessárias face aos processos construtivos ou aos métodos de trabalho utilizados no estaleiro.

Comprometendo-me a entregar à Fiscalização toda a informação até ao quinto dia útil de cada mês.

_____ de _____ de 20__

O Representante do Adjudicatário

DECLARAÇÃO

(a anexar ao Auto de Recepção Provisória da Obra)

E..., adjudicatário da obra “_____”, declara que todos os elementos preparados e utilizados no âmbito do *Plano de Segurança e de Saúde* da empreitada de construção do projeto da “_____”, se encontram integrados de forma organizada no conjunto de... pastas referido no anexo a esta declaração e que se entrega nesta data ao representante do Dono da Obra neste acto.

O Empreiteiro

____/____/____

A Fiscalização

____/____/____

O Coordenador de Segurança da Obra

____/____/____

O Representante do Dono da Obra
Recebi os documento mencionados

____/____/____

*Papel timbrado
do adjudicatário*

IDENTIFICAÇÃO DAS PASTAS DE ARQUIVO QUE CONSTITUEM O PLANO DE SEGURANÇA E DE SAÚDE

[illegible]

	CONTROLO DE ASSINATURAS E RUBRICAS		Número _____	Página ____/____
	Empreitada:		Código:	
	Dono da Obra:	Fiscalização:		
	Projectista:	Empreiteiro:		

[illegible]

Preparado por: __/__/__	Verificado por: __/__/__	Aprovado por: __/__/__
-------------------------------------------	--------------------------------------------	------------------------------------------

DECLARAÇÃO

E..., adjudicatário da obra de “_____”, declara, (*) nos termos e para os efeitos dos n.ºs 4 e 5 do Art.º 144.º do Decreto-Lei n.º 244/98 de 8 de Agosto, com as alterações decorrentes da Lei n.º 97/99 de 26 de Julho e do Decreto-Lei n.º 4/2001 de 10 de Janeiro, que cumprem as obrigações decorrentes da lei relativamente a todos os trabalhadores imigrantes eventualmente contratados para a execução desta obra, assegurando também esse cumprimento por parte dos seus subcontratados (subempreiteiros e trabalhadores independentes), e bem assim da sucessiva cadeia de subcontratação.

(Localidade), de de

(assinaturas de quem obriga a empresa)

(*) Tratando-se de empresa da cadeia de subcontratação, deverá substituir-se por “E..., subcontratado da empresa (designação da empresa contratante, a qual poderá ser subcontratada de outra) para a obra (designação da empreitada / obra), declara, nos termos ...”

	COMUNICAÇÃO PRÉVIA		PÁGINA 1 / 2
Obra:			N.º:
1	DATA DA COMUNICAÇÃO		NÚMERO
2	ENDEREÇO COMPLETO DO ESTALEIRO (*)		
3	DONO(S) DA OBRA		
	Nome: (Interlocutor:)		
	Endereço:		
4	NATUREZA DA OBRA		
5	AUTOR(ES) DO PROJECTO		
	Nome:	Especialidade	Interlocutor
	Endereço:		
	Nome:		
	Endereço:		
	Nome:		
	Endereço:		
6	FISCAL(AIS) DA OBRA		
	Nome: (Interlocutor:)		
	Endereço:		
7	TÉCNICO RESPONSÁVEL DA OBRA (*)		
	Nome:		
	Endereço:		
	N.º de inscrição na Câmara Municipal:		
8	COORDENADOR(ES) EM MATÉRIA DE SEGURANÇA E SAÚDE DURANTE A ELABORAÇÃO DO PROJECTO DA OBRA		
	Nome:		
	Endereço:		
9	COORDENADOR(ES) EM MATÉRIA DE SEGURANÇA E SAÚDE DURANTE A REALIZAÇÃO DA OBRA		
	Nome:		
	(Interlocutor:	Coadjuvado por:)
	Endereço:		
10	DIRECTOR DA OBRA (*)		
	Nome:		
	Endereço:		

	COMUNICAÇÃO PRÉVIA	PÁGINA
		2 / 2

11	DATAS PREVISÍVEIS DE INÍCIO E TERMO DOS TRABALHOS NO ESTALEIRO (*)	
	Data de início:	Data de termo:

12	ESTIMATIVA DO NÚMERO MÁXIMO DE TRABALHADORES POR CONTA DE OUTREM E INDEPENDENTES, PRESENTES EM SIMULTÂNEO NO ESTALEIRO (*)	

13	ESTIMATIVA DO NÚMERO DE EMPRESAS E DE TRABALHADORES INDEPENDENTES NO ESTALEIRO (*)	
	N.º de Empresas:	N.º de Trabalhadores Independentes:

14	IDENTIFICAÇÃO DAS EMPRESAS JÁ SELECIONADAS (*)	Intervenção na obra

15	DIRECTOR TÉCNICO DA EMPREITADA / REPRESENTANTE DO EMPREITEIRO (*)	
	Nome:	
	Endereço:	

16	RESPONSÁVEL DO EMPREITEIRO PELO CUMPRIMENTO DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL EM MATÉRIA DE SEGURANÇA, HIGIENE E SAÚDE NO TRABALHO (*)	
	Nome:	
	Endereço:	

(*) A indicar / indicado pelo Adjudicatário ao Dono da Obra. Durante a execução dos trabalhos, o Empreiteiro deverá informar, por escrito, a Fiscalização de qualquer alteração destes elementos.

O REPRESENTANTE DO DONO DA OBRA

()

	IDENTIFICAÇÃO DE TRABALHADORES E INSPECÇÃO MÉDICA		Número _____	Página ____/____
	Empreitada:		Código:	
	Dono da Obra:	Fiscalização:		
	Projectista:	Empreiteiro:		

[illegible]

Preparado por:	Data:	Verificado por:	Data:	Aprovado por:	Data:
----------------	-------	-----------------	-------	---------------	-------

(*) E = Empreiteiro; S = Subempreiteiro / Tarefeiro; TI = Trabalhador independente

		DISTRIBUIÇÃO DE EPI E INFORMAÇÃO SOBRE RISCOS		Número: _____	Pág.: _____
		Dono da Obra: _____			
		Obra: _____			
		Empreiteiro: _____			
Nome do Trabalhador (Tratando-se de trabalhador independente assinalar aqui <input type="checkbox"/>)			Categoria	N.º	
Empregador: <input type="checkbox"/> Empreiteiro <input type="checkbox"/> Subempreiteiro (Empresa: _____)					
Ref.^a	Designação do EPI	Riscos ⁽¹⁾	Recepção ⁽²⁾	Devolução final ⁽³⁾	
			Data: ____/____/____ Ass.: _____	Data: ____/____/____ Ass.: _____	
			Data: ____/____/____ Ass.: _____	Data: ____/____/____ Ass.: _____	
			Data: ____/____/____ Ass.: _____	Data: ____/____/____ Ass.: _____	
			Data: ____/____/____ Ass.: _____	Data: ____/____/____ Ass.: _____	
			Data: ____/____/____ Ass.: _____	Data: ____/____/____ Ass.: _____	
			Data: ____/____/____ Ass.: _____	Data: ____/____/____ Ass.: _____	

⁽¹⁾ Indicar códigos de acordo com a tabela abaixo

⁽²⁾ Data e assinatura do trabalhador

⁽³⁾ Data e assinatura de quem recebe

RISCOS A PROTEGER	
1 – Quedas em altura 2 – Quedas ao mesmo nível 3 – Queda de objectos 4 – Queda por escorregamento 5 – Objectos pontiagudos ou cortantes 6 – Esmagamento do pé 7 – Torção do pé 8 – Choque ao nível dos maléolos 9 – Choque ao nível do metatarso 10 – Choque ao nível da perna	11 – Pancadas na cabeça 12 – Cortes 13 – Estilhaços 14 – Entalamentos 15 – Electrocussão 16 – 17 – 18 – 19 – 20 –
DECLARAÇÃO	
Declaro que recebi os Equipamentos de Protecção Individual (EPI) acima mencionados e que fui informado dos respectivos riscos que pretendem proteger, comprometendo-me a utilizá-los correctamente de acordo com as instruções recebidas, a conservá-los e mantê-los em bom estado, e a participar ao meu superior hierárquico todas as avarias ou deficiências de que tenha conhecimento.	
Mais declaro que fui informado estar coberto por seguro de acidentes de trabalho através da apólice n.º _____ da Companhia de Seguros _____ em nome de _____.	
Trabalhador Ass.: _____ Data: ____/____/____	
Responsável do Empreiteiro pela SST Data: ____/____/____ Ass.: _____	Director Técnico da Empreitada / Obra Data: ____/____/____ Ass.: _____

	CONTROLO DE SUBEMPREITEIROS		Número _____	Página ____/____
	Empreitada:		Código:	
	Dono da Obra:	Fiscalização:		
	Projectista:	Empreiteiro:		

Ref. ^a	Subempreitada	Subempreiteiro	N.º trab. na obra	Período de intervenção		Certificado de Classificação / Registo (*)					
				Início	Fim	EOP	ICC	Reg.	Cat.	Subcat.	Classe
				__/__/__	__/__/__						
				__/__/__	__/__/__						
				__/__/__	__/__/__						
				__/__/__	__/__/__						
				__/__/__	__/__/__						
				__/__/__	__/__/__						
				__/__/__	__/__/__						
				__/__/__	__/__/__						
				__/__/__	__/__/__						
				__/__/__	__/__/__						
				__/__/__	__/__/__						
				__/__/__	__/__/__						
				__/__/__	__/__/__						
				__/__/__	__/__/__						
				__/__/__	__/__/__						
				__/__/__	__/__/__						

* Anexar cópia dos respectivos certificados / registos

Preparado por: _____	Verificado por: _____	Aprovado por: _____
----------------------	-----------------------	---------------------

[illegible]

	REGISTO DE MONITORIZAÇÃO E PREVENÇÃO		Número _____	Página ____/____
	Empreitada:		Código:	
	Dono da Obra:	Fiscalização:		
	Projectista:	Empreiteiro:		

Elemento / Operação de construção	Código
Localização / Actividade:	

[illegible]

Preparado por: __/__/__	Verificado por: __/__/__	Aprovado por: __/__/__
-------------------------------------------	--------------------------------------------	------------------------------------------

(1) A definição dos Pontos de Paragem é da competência da Fiscalização, caso em que esta tem que intervir obrigatoriamente no controlo.

	REGISTO DE NÃO CONFORMIDADE E ACÇÕES CORRECTIVAS E PREVENTIVAS		Número _____	Página ____/____
	Empreitada:		Código:	
	Dono da Obra:	Fiscalização:		
	Projectista:	Empreiteiro:		

Descrição da não conformidade:

Localização:	Documentos de referência:		
Descrito por: _____	Verificado por: _____		

Descrição das acções: ☐ correctivas ☐ preventivas

☐ Aceite a acção proposta

☐ Aceite nas condições em anexo

☐ Rejeitado

☐ _____

Correcção até: ____/____/____	Proposto por: _____	Aprovado por: _____
-------------------------------	---------------------	---------------------

Execução das acções correctivas / preventivas:

Executado por: _____	Controlado por: _____	Verificado por: _____	Aprovado por: _____
----------------------	-----------------------	-----------------------	---------------------

	REGISTO DE ACIDENTE DE TRABALHO		Número: _____	Pág.: ____/____
	Dono da Obra: _____			
	Obra: _____			
	Adjudicatário: _____			

DADOS DO SINISTRADO	
Nome: _____	N.º Trab.: _____
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> -2ª <input type="checkbox"/> -3ª <input type="checkbox"/> -4ª <input type="checkbox"/> -5ª <input type="checkbox"/> -6ª <input type="checkbox"/> -Sáb. <input type="checkbox"/> -Dom.	
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"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Colisão de veículos <input type="checkbox"/> Compressão por objecto <input type="checkbox"/> Choque eléctrico	<input type="checkbox"/> Sub. nocivas / radiações <input type="checkbox"/> Choque com objectos <input type="checkbox"/> Esforço físico excessivo <input type="checkbox"/> Explosão / Incêndio <input type="checkbox"/> Intoxicação	<input type="checkbox"/> Queda em altura <input type="checkbox"/> Queda ao mesmo nível <input type="checkbox"/> Queda de objectos <input type="checkbox"/> Soterramento <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"/> Luxação <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Traumatismo <input type="checkbox"/> _____
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(s)	<input type="checkbox"/> Pé(s), excepto dedos <input type="checkbox"/> Dedo(s) do(s) pé(s) <input type="checkbox"/> Localizações múltiplas <input type="checkbox"/> _____
Breve descrição do acidente: _____ _____ _____ _____			
Medidas de prevenção adoptadas: _____ _____ _____			
Efeitos do acidente:	<input type="checkbox"/> Sem incapacidade <input type="checkbox"/> Incapacidade permanente: ____ %	<input type="checkbox"/> Incapacidade temporária <input type="checkbox"/> Morte	Regresso ao trabalho: ____/____/____ ⇒ ____ dias perdidos

Responsável do Adjudicatário pela SST	Director Técnico da Empreitada / Obra
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

	RESUMO MENSAL DA SITUAÇÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO					Número _____	Página ____/____
	Empreitada:					Código:	
	Dono da Obra:			Fiscalização:			
	Projectista:			Empreiteiro:			
Notas: a) A Ref. ^a deverá ser a mesma da do Relatório de Investigação do acidente; b) Considerar todos os acidentados que se encontram de baixa no mês (acidentes ocorridos em mês anterior) e todos os acidentes ocorridos neste mês.						Ano:	Mês:
Ref. ^a	Data acidente (ocorrência)	Nome abreviado do acidentado	Entidade Patronal	Data regresso ao trabalho	N.º dias perdidos (desde o início)	Breve descrição do acidente e/ou observações	
	___/___/___			___/___/___			
	___/___/___			___/___/___			
	___/___/___			___/___/___			
	___/___/___			___/___/___			
	___/___/___			___/___/___			
	___/___/___			___/___/___			
	___/___/___			___/___/___			
	___/___/___			___/___/___			
	___/___/___			___/___/___			
	___/___/___			___/___/___			
	___/___/___			___/___/___			
	___/___/___			___/___/___			
Observações gerais:							
Preparado por: _____			Verificado por: _____			Aprovado por: _____	

	FICHA DE REALIZAÇÃO DA OBRA	PÁGINA
		1 / 2

Obra:			N.º:
1	DONO(S) DA OBRA		
	Nome: (Interlocutor:)		
	Endereço:		
2	AUTOR(ES) DO PROJECTO		Especialidade
	Nome:		Engenharia
	Endereço:		
	Nome:		
	Endereço:		
	Nome:		
	Endereço:		
	Nome:		
	Endereço:		
3	FISCALIZAÇÃO DA OBRA		
	Nome: (Interlocutor:)		
	Endereço:		
4	EMPREITEIRO (S)		
	Nome:		
	Endereço:		
	Director Técnico da Empreitada:		
	Nome:		
	Endereço:		
	Director Técnico da Empreitada:		
	Nome:		
	Endereço:		
6	COORDENADOR(ES) EM MATÉRIA DE SEGURANÇA E SAÚDE DURANTE A ELABORAÇÃO DO PROJECTO DA OBRA		
	Nome:		
	Coadjuvado por:		
7	COORDENADOR EM MATÉRIA DE SEGURANÇA E SAÚDE DURANTE A REALIZAÇÃO DA OBRA		
	Nome:		
	(Interlocutor: Coadjuvado por:)		
8	DATAS DE INÍCIO, DE CONCLUSÃO E DE RECEPÇÃO DEFINITIVA DA OBRA		
	Data de início:	Data de conclusão:	Data Recepção Definitiva:

	FICHA DE REALIZAÇÃO DA OBRA	PÁGINA
		2 / 2

9	PRAZOS DE GARANTIA DA OBRA E ELEMENTOS CONSTITUINTES (se diferentes do prazo de garantia da obra) (*)	
10	NÚMERO MÁXIMO DE TRABALHADORES PRESENTES EM SIMULTÂNEO NO ESTALEIRO (*)	
11	EMPRESAS SUBCONTRATADAS INTERVENIENTES NA OBRA (*)	Intervenção na obra

(*) A indicar pelo Empreiteiro Adjudicatário à Fiscalização, durante a execução dos trabalhos.

O REPRESENTANTE DO DONO DA OBRA

()

	REGISTO DE NÃO CONFORMIDADE E ACÇÕES CORRECTIVAS E PREVENTIVAS		Número _____	Página ___/___
	Obra:		Código:	
Descrição da não conformidade:				
Localização:				
Descrito por: _____		Verificado por: _____		
Descrição das acções: <input type="checkbox"/> correctivas <input type="checkbox"/> preventivas		<div><input type="checkbox"/> Aceite a acção proposta</div> <div><input type="checkbox"/> Aceite nas condições em anexo</div> <div><input type="checkbox"/> Rejeitado</div> <div><input type="checkbox"/> _____</div>		
Correcção até: _____		Proposto por: _____		Aprovado por: _____
Execução das acções correctivas / preventivas:				
Executado por: _____		Controlado por: _____		Verificado por: _____
Aprovado por: _____				

	RESUMO ANUAL DA SITUAÇÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO	Número _____	Página ____/____
	Obra:	Código:	

Notas: a) A Ref. ^a deverá ser a mesma da do Relatório de Investigação do acidente.	Ano:
------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------

Ref. ^a	Data do acidente (ocorrência)	Nome abreviado do acidentado	Unidade / Departamento	Data de regresso ao trabalho	N.º dias perdidos (desde o início)	Breve descrição do acidente e/ou observações
	___/___/___			___/___/___		
	___/___/___			___/___/___		
	___/___/___			___/___/___		
	___/___/___			___/___/___		
	___/___/___			___/___/___		
	___/___/___			___/___/___		
	___/___/___			___/___/___		
	___/___/___			___/___/___		
	___/___/___			___/___/___		
	___/___/___			___/___/___		
	___/___/___			___/___/___		
	___/___/___			___/___/___		

Observações gerais:

Preparado por: _____	Verificado por: _____	Aprovado por: _____
----------------------	-----------------------	---------------------