

CAUSA DO ACIDENTE:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Atropelamento | <input type="checkbox"/> Colisão de veículos |
| <input type="checkbox"/> Queda em altura | <input type="checkbox"/> Queda ao mesmo nível |
| <input type="checkbox"/> Capotamento | <input type="checkbox"/> Choque com objectos |
| <input type="checkbox"/> Queda de objectos | <input type="checkbox"/> Soterramento |
| <input type="checkbox"/> Contacto com substâncias nocivas ou radiações | <input type="checkbox"/> Esforço físico excessivo / Movimento falso |
| <input type="checkbox"/> Compressão por um objecto ou entre objectos | <input type="checkbox"/> Explosão / Incêndio / Contacto com temperaturas extremas |
| <input type="checkbox"/> Contacto c/ energia eléctrica | <input type="checkbox"/> Intoxicação |
| <input type="checkbox"/> Outra: _____ | |

TIPO DE LESÃO:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Amputação | <input type="checkbox"/> Electrocussão | <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"/> Fractura | <input type="checkbox"/> _____ |

PARTE DO CORPO ATINGIDA:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cabeça, excepto olhos | <input type="checkbox"/> Membros Superiores, excepto braços, mãos e dedos | <input type="checkbox"/> Membros inferiores, excepto pernas, pés e dedos |
| <input type="checkbox"/> Olho(s) | <input type="checkbox"/> Braço(s) | <input type="checkbox"/> Perna(s) |
| <input type="checkbox"/> Tronco, excepto coluna | <input type="checkbox"/> Mão(s), excepto dedos | <input type="checkbox"/> Pé(s), excepto dedos |
| <input type="checkbox"/> Coluna | <input type="checkbox"/> Dedo(s) da mão | <input type="checkbox"/> Dedo(s) do pé |
| <input type="checkbox"/> Localizações múltiplas | <input type="checkbox"/> _____ | |

CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sem incapacidade | <input type="checkbox"/> Incapacidade permanente: _____ % |
| <input type="checkbox"/> Incapacidade temporária - Regresso ao trabalho em ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Morte |

OBSERVAÇÕES:

ENCARREGADO

Data: ___/___/___

Ass:

**RESPONSÁVEL PELA
SEGURANÇA**

Data: ___/___/___

Ass:

DIRECTOR DA OBRA

Data: ___/___/___

Ass:
