

AVERIGUAÇÃO E ANÁLISE DE ACIDENTES NO SETOR DA ENERGIA

(alínea s), do artigo 3.º, dos Estatutos da ENSE-EPE, republicados pelo Decreto-Lei n.º 69/2018, de 27 de agosto)

FICHA DE REGISTO DE ACIDENTE

RELATÓRIO PRÉVIO N.º _____ / _____

1. IDENTIFICAÇÃO DO SETOR

Produtos petrolíferos	<input type="checkbox"/>	Líquidos:	(1)(2)				
	<input type="checkbox"/>	GPL	<input type="checkbox"/>	GPL auto	<input type="checkbox"/>	GPL garrafa.....	(1)
Biocombustíveis	<input type="checkbox"/>	(1)(2)				
Gás Natural	<input type="checkbox"/>	GN	<input type="checkbox"/>	GN Canalizado	:	.....	(1)
	<input type="checkbox"/>	GNL	<input type="checkbox"/>	GNC	<input type="checkbox"/>	GNV:	(1)
Eletricidade	<input type="checkbox"/>	BT	<input type="checkbox"/>	MT	<input type="checkbox"/>	AT/MAT	(1)
Renováveis	<input type="checkbox"/>	Cogeração	<input type="checkbox"/>	Eólica	<input type="checkbox"/>	Solar.....	(1)
	<input type="checkbox"/>	Outras:	(1)				

(1) Descrever subsetor, ex: produção, distribuição, transporte, comercialização etc...

(2) Descrever o combustível envolvido no acidente

2. IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA/OPERADOR ENVOLVIDO

Denominação:	
Morada da sede:	
CP – Localidade:	
Concelho:	
Distrito:	
Contacto – nome:	
Telefone:	
E-mail:	

3. IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL DO ACIDENTE

Designação:	
Morada:	
CP – Localidade:	
Concelho:	
Distrito:	

3.1 Responsável contactado no local:

Nome:	
Telefone:	
E-mail:	

4. DESCRIÇÃO DO ACIDENTE

Data:	
Hora:	
Descrição (3):	

(3) Descrever a sequência cronológica dos eventos e ações executadas, incluindo a intervenção das autoridades e serviços de emergência

5. CARACTERÍSTICAS DO ACIDENTE

A empresa/operador possuía "Plano de segurança" ou regras de segurança implementadas? Sim|__| Não|__|
Foram cumpridos os requisitos de segurança definidos para a atividade? Sim|__| Não|__|

5.1 CAUSAS:

Colisão	<input type="checkbox"/>	Fuga de gás	<input type="checkbox"/>	Derrame de líquidos	<input type="checkbox"/>	Queda de linha (M/BT/AT)	<input type="checkbox"/>
Capotamento	<input type="checkbox"/>	Explosão de nuvem de gás/vapor	<input type="checkbox"/>	Incêndio	<input type="checkbox"/>	Queda de poste (M/BT)	<input type="checkbox"/>
Despiste	<input type="checkbox"/>	Rutura canalização	<input type="checkbox"/>	Explosão	<input type="checkbox"/>	Rutura de apoio (AT)	<input type="checkbox"/>
Acidente na carga	<input type="checkbox"/>	Acidente na descarga	<input type="checkbox"/>	Outro (especificar)	<input type="text"/>		

5.2 CONSEQUÊNCIAS:

Danos materiais (4):

--

Valor estimado (€):

_____ . _____ . _____ , _____ €

Danos ambientais:

Contaminação de cursos de água:	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>
Contaminação do solo:	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>
Contaminação de esgotos:	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>
Outros:	<input type="text"/>			

Danos pessoais (5):

N.º total de mortos:	<input type="text"/>
N.º total de feridos:	<input type="text"/>

(4) Caso necessário e para uma identificação pormenorizada dos danos, usar Anexo 1

(5) Caso necessário e para uma identificação pormenorizada dos acidentados, usar Anexo 2

5.3 SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA E SOCORRO PRESENTES:

BOMBEIROS

PROTEÇÃO CIVIL

PSP/GNR

ACT

APA

INEM

6. RECOMENDAÇÕES *(decorrentes da análise preliminar do acidente)*

6.1 Técnicas de operação *(relacionadas com falha humana ou do equipamento)*

6.2 Organização e segurança *(relacionadas com a inexistência ou falhas na aplicação, dos requisitos de segurança, ex.: formação, treino, procedimentos, planeamento da manutenção, disponibilidade de equipamentos, etc...)*

7. INSPETORES *(responsáveis pelo Relatório)*

Líder de equipa:

Testemunha:

Nome:

Número de cartão ENSE: |_____|

Data: ___ / ___ / _____

Assinatura:

Nome:

Número de cartão ENSE: |_____|

Data: ___ / ___ / _____

Assinatura:

Anexo 1

Identificação pormenorizada de danos

Dano __	Edifícios:
Dano __	Máquinas e equipamentos móveis:
Dano __	Máquinas e equipamentos fixos:
Dano __	Ferramentas:
Dano __	Produtos/combustíveis:
Dano __	Materiais diversos:
Dano __	Veículos:
Dano __	Dispositivos de segurança:
Dano __	Outros (indicar):

Anexo 2

Identificação pormenorizada dos acidentados

Nome do trabalhador __:	.....
Nacionalidade:	<input type="checkbox"/> B.I. <input type="checkbox"/> C.C. N.º
Categoria Profissional:	.....	Idade: Sexo: |__|
Grupo Profissional:	.....	Antiguidade no PT..... meses
Situação no Emprego (*)	Ficha Aptidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Nome do trabalhador __:	.....
Nacionalidade:	<input type="checkbox"/> B.I. <input type="checkbox"/> C.C. N.º
Categoria Profissional:	.....	Idade: Sexo: |__|
Grupo Profissional:	.....	Antiguidade no PT..... meses
Situação no Emprego (*)	Ficha Aptidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Nome do trabalhador __:	.....
Nacionalidade:	<input type="checkbox"/> B.I. <input type="checkbox"/> C.C. N.º
Categoria Profissional:	.....	Idade: Sexo: |__|
Grupo Profissional:	.....	Antiguidade no PT..... meses
Situação no Emprego (*)	Ficha Aptidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Nome do trabalhador __:	.....
Nacionalidade:	<input type="checkbox"/> B.I. <input type="checkbox"/> C.C. N.º
Categoria Profissional:	.....	Idade: Sexo: |__|
Grupo Profissional:	.....	Antiguidade no PT..... meses
Situação no Emprego (*)	Ficha Aptidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

(*) - CT sem termo; CT a termo certo; CT a termo incerto; CT muito curta duração (sazonal); CT a tempo parcial; CT intermitente; CT temporário; Empresário nome individual; Familiar não remunerado; Prestação de serviços; Aprendiz; Outro (indicar)