

# Ficha de Comunicação de Acidentes

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)

**Esta comunicação deverá apenas ser preenchida para os acidentes que ocorrem no âmbito do setor energético.**

## 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"/> 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 subsector, 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:

N.º total de feridos:

(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

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)