



## RELATÓRIO DE ACIDENTE NO TRANSPORTE RODOVIÁRIO DE MERCADORIAS PERIGOSAS

RELATÓRIO N.º \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### 1. IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA

Denominação \_\_\_\_\_  
Morada \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

### 2. IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE

A) DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_:\_\_\_\_

#### B) LOCAL

Estrada (e km) ou arruamento (e n.º) \_\_\_\_\_  
Localidade (ou a mais próxima) \_\_\_\_\_  
Concelho \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_  
Parque expedidor ou local de descarga (se ocorrer na carga / descarga) \_\_\_\_\_

#### C) MERCADORIA(S) PERIGOSA(S) DA CARGA

Nome _____	Nome _____
N.º ONU _____ Classificação (*) _____	N.º ONU _____ Classificação (*) _____
Meio de confinamento (**) _____	Meio de confinamento (**) _____
Sinalização (***) _____	Sinalização (***) _____
Quantidade _____	Quantidade _____
Nome _____	Nome _____
N.º ONU _____ Classificação (*) _____	N.º ONU _____ Classificação (*) _____
Meio de confinamento (**) _____	Meio de confinamento (**) _____
Sinalização (***) _____	Sinalização (***) _____
Quantidade _____	Quantidade _____

(\*) Classe, cód. class. e grupo embal., conforme aplicável; (\*\*) Ex.: Tipo de embal. ou GRG, pacote (na classe 7), cisterna; (\*\*\*) Nos painéis laranja, etiquetas e ou marcas. Completar em anexo, se necessário.

#### D) VEÍCULO

##### D.1 Categoria

Veículo automóvel ligeiro <input type="checkbox"/>	Veículo-cisterna <input type="checkbox"/>	Veículo porta contentores <input type="checkbox"/>
Veículo automóvel pesado (carga geral) <input type="checkbox"/>	Conjunto trator/semi-reboque cisterna <input type="checkbox"/>	
Conjunto trator/semi-reboque porta contentores <input type="checkbox"/>	Conjunto tractor/semi-reboque (carga geral) <input type="checkbox"/>	
Veículo porta contentores-cisternas <input type="checkbox"/>	Conj. trator/semi-reboque porta contentores-cisternas <input type="checkbox"/>	
Conjunto veículo automóvel/reboque(carga geral) <input type="checkbox"/>	Outro (especificar) _____	

D.2 Matrícula Veículo automóvel \_\_\_\_\_ Reboque ou semi-reboque \_\_\_\_\_

D.3 Certificado ADR Veículo automóvel \_\_\_\_\_ Validade até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Reboque ou semi-reboque \_\_\_\_\_ Validade até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### E) CONDUTOR

Nome \_\_\_\_\_  
Número do certificado \_\_\_\_\_ Validade até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Curso de Base  Especializações: Cisternas  Explosivos  Radioativos

### 3. CARACTERÍSTICAS DO ACIDENTE

#### A) ACONTECIMENTO INICIAL

Colisão com outro veículo  Colisão com obstáculo fixo  Capotamento  Despiste   
Acidente na carga  Acidente na descarga  Outro (especificar) \_\_\_\_\_

#### B) INTERVENÇÃO DAS MERCADORIAS PERIGOSAS (assinalar os casos aplicáveis)

Espalhamento de sólidos  Derrame de líquido  Fuga de gás  Explosão de nuvem de gás/vapor   
Incêndio  Explosão  Outra (especificar) \_\_\_\_\_  
Quantidade de mercadoria envolvida (kg ou litros) \_\_\_\_\_ A mercadoria não teve intervenção

#### C) CONSEQUÊNCIAS

##### C.1 Pessoais

N.º total de mortos \_\_\_\_\_ Provocados pela mercadoria \_\_\_\_\_ N.º total de feridos \_\_\_\_\_ Provocados pela mercadoria \_\_\_\_\_  
Consequências para o condutor \_\_\_\_\_

##### C.2 Ambientais

Contaminação de cursos de água  Do solo  De esgotos  Outra (especificar) \_\_\_\_\_

##### C.3 Materiais

Não  Sim  Provocados pelas mercadorias: Não  Sim  Interrupção da circulação: Não  Sim  Duração (h) \_\_\_\_\_

##### C.4 Descrição do acidente (sequência cronológica dos eventos e ações executadas, incluindo a intervenção das autoridades e serviços de emergência).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### 4. RECOMENDAÇÕES PARA A EMPRESA (decorrentes da análise do acidente pelo Conselheiro da Segurança)

#### A) Técnicas ou de operação (correções relacionadas com falhas humanas ou do equipamento)

---

---

---

---

---

---

---

---

#### B) Organização da segurança (correções relacionadas com falhas de execução da gestão da segurança ou da sua estrutura, ex.: formação, treino, procedimentos, planeamento da manutenção, disponibilidade de equipamentos)

---

---

---

---

---

---

---

---

### 5. CONSELHEIRO DE SEGURANÇA (responsável pelo Relatório)

Nome \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_  
Telefone \_\_\_\_\_ Telemóvel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_