

PARTICIPAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE DE TRABALHO (*)

MINISTÉRIO _____

QUALIFICAÇÃO E DESPACHO AUTORIZADOR DE DESPESAS

Face aos elementos constantes da participação e aos fornecidos pelo competente serviço de saúde e _____

qualifico como acidente de trabalho ocorrido em e autorizo as despesas dele resultantes.

_____, ____/____/____

A entidade empregadora,

IDENTIFICAÇÃO DO ORGÃO OU SERVIÇO

Designação _____

Morada _____

Estabelecimento onde o trabalhador exerce funções _____

_____ Tel. Fax

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

Nome _____

Data Nasc. Nº. Cont. Nacionalidade _____

Morada _____

Cód. Postal Localidade _____ Tel.

Nomeado Contratado Comissão de serviço

com a categoria/cargo _____

(*) Deve ser utilizado para participação do incidente e do acontecimento perigoso

DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA

Acidente

Incidente

Acontecimento perigoso

Data

Hora: h m

Local _____

Circunstâncias da ocorrência:

TESTEMUNHAS (Indicação não obrigatória) _____

Data _____/_____/_____

O DECLARANTE _____

O SUPERIOR HIERÁRQUICO _____

Data ____/____/____