



PARTICIPAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE EM SERVIÇO (*)

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 em serviço ocorrido em e autorizo as despesas dele resultantes.

_____, ____/____/____

A entidade empregadora,

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO OU ORGANISMO

Designação _____

Morada _____

Estabelecimento onde o trabalhador exerce funções _____

_____, Tel. Fax

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

Nome _____

Data Nasc. N.º. Cont. Nacionalidade _____

Morada _____

Cód. Postal Localidade _____ Tel.

☐ ☐ ☐
Funcionário agente, com a categoria de _____

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

DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA

<div style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 auto 10px auto;" type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">Acidente</div>	<div style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 auto 10px auto;" type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">Incidente</div>	<div style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 auto 10px auto;" type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">Acontecimento perigoso</div>
Data <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;" type="text"/>	Hora: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;" type="text"/> h <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;" type="text"/> m	
Local _____		
Circunstâncias da ocorrência: <div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-top: 5px;"></div>		
TESTEMUNHAS (Indicação não obrigatória) _____ <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 5px;"></div>		
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> Data _____ / _____ / _____ </div> <div> O DECLARANTE _____ </div> </div>		

O SUPERIOR HIERÁRQUICO _____

Data ____/____/____