

## 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 ORGÃO OU SERVIÇO

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.

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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_