

## 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.     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

