

# 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 em serviço ocorrido em      e autorizo as despesas dele resultantes.

Direcção Geral da Administração da Justiça \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

