



MUNICÍPIO DE FAFE

**PARTICIPAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE DE TRABALHO (\*)**

**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

