

**DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA**

**PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTE, INCIDENTE OU ACONTECIMENTO PERIGOSO**

(Cfr. Anexo I ao DL 503/99, de 20 de Novembro)

Proc. Nº

**QUALIFICAÇÃO E DESPACHO AUTORIZADOR DE DESPESAS**

Face aos elementos constantes da participação e aos fornecidos pelo competente serviço de saúde \_\_\_\_\_

qualifico como acidente em serviço o ocorrido em     e autorizo as despesas dele resultantes.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A entidade empregadora,

\_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO OU ORGANISMO**

Designação **Agrupamento de Escolas Montelongo – Fafe**

Morada **Parque da Cidade**

Cod. Postal     -     **Fafe**

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

IBAN                         CGA Nº

