



Câmara Municipal de Lisboa
Direção Municipal de Recursos Humanos
Departamento de Saúde, Higiene e Segurança

SHS - Acidente de Trabalho | Doença Profissional

Pedidos diversos

Identificação do requerente

Nome _____
Morada _____
Código Postal _____ - Localidade _____
E-mail _____ Telefone/ Telemóvel _____
N.º trabalhador _____ Tipo de vínculo _____
Categoria _____ Cargo _____
DM - Departamento - Divisão _____

Requer:

Relativo ao acidente n.º _____, ocorrido na data _____

Relativo à doença profissional: reconhecida na data _____
 presumida na data _____

Pede deferimento

Lisboa, _____

Assinatura

| A PREENCHER PELO DSHS |
|------------------------|
| Gestor _____ |
| N.º do acidente _____ |
| Data do acidente _____ |
| Data _____ |
| Assinatura _____ |

| INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR |
|-------------------------|
| |
| Data _____ |
| Assinatura _____ |

| DIRETOR/A DSHS |
|------------------|
| |
| Data _____ |
| Assinatura _____ |