



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

SHS - Participação e qualificação do acidente de trabalho (1)

Qualificação e despacho autorizador de despesas

Face aos elementos constantes da participação, e aos fornecidos pelo competente serviço de saúde higiene e segurança, qualifico como acidente em serviço, ocorrido em _____ e visto as despesas dele resultantes.

Lisboa, _____

(O Diretor do Departamento de Saúde Higiene e Segurança)

Identificação do serviço ou organismo

Direção Municipal _____ Departamento _____ Divisão _____

Morada _____ Telefone _____

Email _____

Identificação do trabalhador

Nome completo _____

N.º de trabalhador _____ Data de nascimento _____ Nacionalidade _____ NIF _____

Morada _____ Telefone/Telemóvel _____

Código Postal _____ - Localidade _____

Tipo de vínculo _____ Categoria _____

Funções _____

Descrição da ocorrência

Acidente Incidente Acontecimento perigoso

Data _____ Hora _____ Minutos _____

Local _____

Circunstâncias da ocorrência



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

(cont.) Circunstâncias da ocorrência

Testemunhas Sim (2) Não

Nome completo _____ N.º de trabalhador _____

Serviço/Morada _____

Nome completo _____ N.º de trabalhador _____

Serviço/Morada _____

Data _____

(O declarante)

O superior hierárquico _____ Data de preenchimento _____

Nome _____

Campos de preenchimento obrigatório

O dirigente do serviço (3) _____ Data de preenchimento _____

Nome _____

Observações (4)

Notas:

- (1) A participação deve ser preenchida com letra legível, assinada e carimbada pelos serviços
- (2) Caso exista(m) testemunha(s), é considerado obrigatório o preenchimento dos campos: nome completo / nº de trabalhador / serviço e morada
- (3) Chefe de Divisão, Diretor de Departamento ou Diretor Municipal
- (4) Caso não haja nada a declarar deve constar "Nada a declarar"