



CÂMARA MUNICIPAL DE PENICHE

Anexo I Decreto-lei n.º 503/99 de 20/11 – Participação e Qualificação de Acidente de Trabalho

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 pelo serviço municipal de segurança e higiene no trabalho _____

Qualifico como acidente de trabalho ocorrido em e autorizo as despesas dele resultantes.

PENICHE, _____ / _____ / _____

O PRESIDENTE DA CÂMARA

IDENTIFICAÇÃO DO ORGÃO OU SERVIÇO

Designação _____

Morada _____

Estabelecimento onde o trabalhador exerce funções _____

_____ Tel. Fax

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

Nome _____

Com a categoria/cargo _____

Serviço a que pertence _____

Contratado por tempo indeterminado Contratado a termo resolutivo certo

Data Nasc. Nº. Cont. Nacionalidade _____

Morada _____

Cód. Postal Localidade _____ Tel.



CÂMARA MUNICIPAL DE PENICHE

Anexo I Decreto-lei n.º 503/99 de 20/11 – Participação e Qualificação de Acidente de Trabalho ⊕

DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA

Acidente

Incidente

Acontecimento perigoso

Data

Hora: h m

Local _____

Circunstâncias da ocorrência:

Testemunhas (Indicação não obrigatória) _____

Data ____/____/____

O DECLARANTE _____

INFORMAÇÕES DOS SERVIÇOS

O SUPERIOR HIERÁRQUICO _____

Data ____/____/____

**INFORMAÇÕES DO SERVIÇO DE
SEGURANÇA E HIGIENE NO TRABALHO**

ANEXO II

**Boletim de Acompanhamento Médico
Decreto-Lei n.º 503/99 de 20 de Novembro**

Trabalhador

Nome _____

Sexo M/F Data de Nascimento Bilhete de Identidade

Beneficiário nº

Morada: _____

Código Postal Localidade _____

Telefone

Categoria _____ Funções _____

Órgão ou Serviço

Designação _____

Morada: _____

Código Postal Localidade _____

Telefone Fax

Atendimento médico

Estabelecimento de Saúde _____

Data Horas Minutos

Circunstâncias da ocorrência:

Sintomatologia e lesões diagnosticadas:

Deve ser seguido em: Internamento Consulta externa Centro de saúde O Médico _____

Incapacidade Temporária: Absoluta Parcial _____

Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade habitual

_____ Céd. Prof.

Internamento

Hospital _____ Serviço _____

Início do internamento Fim do Internamento

Deve ser seguido em : Consulta externa Centro de saúde

Incapacidade: Temporária parcial Temporária absoluta

Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade habitual

O Médico

Céd. Prof.

Hosp Consulta Externa

Serviço _____

Data da consulta	Nova consulta	Incapacidade temporária	O Médico
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	parcial <input type="checkbox"/> absoluta <input type="checkbox"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	parcial <input type="checkbox"/> absoluta <input type="checkbox"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	parcial <input type="checkbox"/> absoluta <input type="checkbox"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	parcial <input type="checkbox"/> absoluta <input type="checkbox"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	parcial <input type="checkbox"/> absoluta <input type="checkbox"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	parcial <input type="checkbox"/> absoluta <input type="checkbox"/>	_____

Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade habitual

Médico de Família / Médico Assistente

Centro de Saúde _____

Médico do sector privado _____

O Médico

Céd. prof.

Data da consulta	Nova consulta	Incapacidade temporária	O Médico
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	parcial <input type="checkbox"/> absoluta <input type="checkbox"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	parcial <input type="checkbox"/> absoluta <input type="checkbox"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	parcial <input type="checkbox"/> absoluta <input type="checkbox"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	parcial <input type="checkbox"/> absoluta <input type="checkbox"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	parcial <input type="checkbox"/> absoluta <input type="checkbox"/>	_____

Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade habitual

Junta Médica

A.D.S.E. Volta em

A.D.S.E. Volta em

Incapacidade: Temporária parcial

Temporária absoluta

Alta

Data:

Incapacidade: Sem incapacidade

Permanente parcial de:%

Permanente absoluta

Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade habitual

O Presidente da Junta Médica

O Médico ou o Presidente da Junta Médica