

Participação e qualificação do acidente em trabalho

(Artº 7º a 9º do Decreto-Lei nº 503/99, de 20/11)

QUALIFICAÇÃO E DESPACHO AUTORIZADOR DE DESPESAS

Face aos elementos constantes da participação e aos fornecidos pelo serviço de saúde _____

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

Sintra, ____/____/____

O Presidente do Conselho de Administração

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO OU ORGANISMO

Designação: Serviços Municipalizados de Água e Saneamento de Sintra

Morada: Av. do Movimento das Forças Armadas, nº 16

2714 – 503 SINTRA

Contribuinte nº 680 000 054

Telefone: 21 911 90 00

Fax: 21 923 26 50

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

Nome _____ B.I. _____

Data Nasc. ____/____/____ NIF _____ Tel. _____ Nacionalidade: Portuguesa

Morada: _____

Cód. Postal _____ - _____ Localidade _____

Trabalhador com a categoria de _____

