



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA  
GOVERNO REGIONAL  
SECRETARIA REGIONAL DE SAÚDE E PROTEÇÃO CIVIL  
DIREÇÃO REGIONAL DA SAÚDE

## REQUERIMENTO SERVIÇO EXTERNO DE SAÚDE DO TRABALHO

(Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, na sua atual redação)

ENTIDADE REQUERENTE	
Representada por:	
Na qualidade de:	
NIPC/NIF:	BI/Cartão de Cidadão/NIC:
Endereço da sede: (ou domicílio fiscal)	
Localidade:	Código Postal: -
Concelho:	
Tel:	Tlm:
E-mail:	
Natureza jurídica:	Pessoa Singular <input type="checkbox"/> Pessoa Coletiva <input type="checkbox"/>

Vem requerer de acordo com a Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, na sua atual redação, autorização para:

Serviço Externo de Saúde do Trabalho	<input type="checkbox"/>
Alteração à Autorização	<input type="checkbox"/>
Vistoria Urgente	<input type="checkbox"/>

SETORES DE ATIVIDADE	
Setor industrial	<input type="checkbox"/>
Setor do comércio e serviços	<input type="checkbox"/>





REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA  
GOVERNO REGIONAL  
SECRETARIA REGIONAL DE SAÚDE E PROTEÇÃO CIVIL  
DIREÇÃO REGIONAL DA SAÚDE

ATIVIDADES OU TRABALHOS DE RISCO ELEVADO	
Trabalhos em obras de construção, escavação, movimentação de terras, de túneis, com riscos de quedas de altura ou de soterramento, demolições e intervenção em ferrovias e rodovias sem interrupção de tráfego	<input type="checkbox"/>
Atividades de indústrias extrativas	<input type="checkbox"/>
Trabalho hiperbárico	<input type="checkbox"/>
Atividades que envolvam a utilização ou armazenagem de quantidades significativas de produtos químicos perigosos suscetíveis de provocar acidentes graves	<input type="checkbox"/>
Fabrico, transporte e utilização de explosivos e pirotecnia	<input type="checkbox"/>
Atividades de indústria siderúrgica e de construção naval	<input type="checkbox"/>
Atividades que envolvam contacto com correntes elétricas de média e alta tensão	<input type="checkbox"/>
Produção e transporte de gases comprimidos, liquefeitos ou dissolvidos, ou a utilização significativa dos mesmos	<input type="checkbox"/>
Atividades que impliquem a exposição a radiações ionizantes	<input type="checkbox"/>
Atividades que impliquem a exposição a agentes cancerígenos, mutagénicos ou tóxicos para a reprodução	<input type="checkbox"/>
Atividades que impliquem a exposição a agentes biológicos do grupo 3 ou 4	<input type="checkbox"/>
Trabalhos que envolvam exposição a sílica	<input type="checkbox"/>

ESTABELECIMENTO ONDE VAI SER EXERCIDA A ATIVIDADE	
<b>Endereço:</b> (ou domicílio fiscal)	
<b>Localidade:</b>	<b>Código Postal:</b> -
<b>Concelho:</b>	
<b>Telefone:</b>	<b>Tlm:</b>
<b>E-mail:</b>	

Quadro com possibilidade de repetição (sede + estabelecimentos(s))





REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA  
GOVERNO REGIONAL  
SECRETARIA REGIONAL DE SAÚDE E PROTEÇÃO CIVIL  
DIREÇÃO REGIONAL DA SAÚDE

UNIDADE MÓVEL ONDE VAI SER EXERCIDA ATIVIDADE

<b>Marca:</b>	
<b>Modelo:</b>	<b>Matrícula:</b>

\_\_\_\_\_ - \_\_/\_\_/\_\_\_\_

(Local e data)

O Representante legal

\_\_\_\_\_





**REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA**  
GOVERNO REGIONAL  
SECRETARIA REGIONAL DE SAÚDE E PROTEÇÃO CIVIL  
DIREÇÃO REGIONAL DA SAÚDE

<b>ANEXOS AO REQUERIMENTO</b>	
1. Certidão permanente da entidade requerente ou ato constitutivo da sociedade	<input type="checkbox"/>
2. Prova de abertura de atividade nos serviços de finanças competente	<input type="checkbox"/>
3. Organograma funcional da empresa	<input type="checkbox"/>
4. Declaração de não existência de dívidas à Segurança Social	<input type="checkbox"/>
5. Declaração de não existência de dívidas à Fazenda Pública	<input type="checkbox"/>
6. Identificação do nº de trabalhadores a abranger na prestação de Serviços Externos de Saúde do Trabalho (conforme Anexo II da Instrução n.º 01/2023 da Direção Regional da Saúde)	<input type="checkbox"/>
7. Mapa de recursos humanos (conforme Anexo III da Instrução n.º 01/2023 da Direção Regional da Saúde)	<input type="checkbox"/>
8. Cópia das habilitações legais do(s) médico(s) e do(s) enfermeiro(s) do trabalho	<input type="checkbox"/>
9. Cópia dos contratos celebrados com o(s) médico(s) e enfermeiro(s) do trabalho	<input type="checkbox"/>
10. Relação do mobiliário de trabalho (conforme Anexo IV da Instrução n.º 01/2023 da Direção Regional da Saúde)	<input type="checkbox"/>
11. Relação dos equipamentos e utensílios para a avaliação das condições de saúde no trabalho (conforme Anexo IV da Instrução n.º 01/2023 da Direção Regional da Saúde)	<input type="checkbox"/>
12. Planta(s) e memória(s) descritiva(s) – instalações fixas e unidades móveis de saúde	<input type="checkbox"/>
13. Acordo escrito de cedência/arrendamento (instalações fixas)	<input type="checkbox"/>
14. Certificado de matrícula ou livrete da viatura	<input type="checkbox"/>
15. Manual de procedimentos de saúde do trabalho	<input type="checkbox"/>
16. Aditamento quanto à utilização de unidade móvel de saúde	<input type="checkbox"/>
17. Aditamento quanto aos riscos elevados	<input type="checkbox"/>
18. Lista de atividades para as quais se prevê o recurso a subcontratação	<input type="checkbox"/>
19. Cópia do(s) contrato(s)/protocolo(s)/acordo(s) celebrado(s) no âmbito da subcontratação	<input type="checkbox"/>
20. Outros documentos	<input type="checkbox"/>
<b>ANEXO PARA ALTERAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO</b>	
21. Identificação das alterações	<input type="checkbox"/>
<b>ANEXO PARA PEDIDO DE VISTORIA URGENTE</b>	
22. Declaração sob compromisso de honra	<input type="checkbox"/>

