Entidade Empregadora

  
  
   
  
     -    



  
  
    -    

Assunto: **Comunicação de acidente de trabalho**

☐ Mortal ☐ Grave Data do acidente:   /   /    

**IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE**

☐ Empregador

☐ Entidade contratante do trabalhador independente

☐ Entidade executante

☐ Dono de obra

☐ Outro

Especifique: 

Denominação social:



Endereço da sede:

Código Postal:     -    

Local de trabalho:



Atividade ou objeto social:



Número de identificação fiscal:        

Telefone: 

Fax:

**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO**

Nome:



Morada:



Código Postal:     -    

Nacionalidade:  Profissão: 

**Situação profissional do sinistrado:**

☐ Trabalhador por conta de outrem

☐ Trabalhador por conta própria

☐ Empregador

☐ Familiar não remunerado

☐ Estagiário

☐ Praticante/aprendiz

☐ Outra situação

Especifique: 

**Horário praticado pelo sinistrado no momento do acidente:**

☐ Em período normal

☐ Em turno rotativo

☐ Em turno fixo

☐ Outro horário

Especifique: 

**DADOS DO ACIDENTE**

Código Postal:     -   

Hora:  h  m

Local do acidente:

☐ Nas instalações do empregador

☐ Em viagem de  para  (Local)

☐ Veículo do empregador

☐ Veículo próprio do trabalhador

☐ Em obra

Localização do estaleiro



Código Postal:     -    

**Dono da Obra:**

Denominação social:



Endereço da sede: 

Telefone: 

**Entidade executante:**

Denominação social:



Endereço da sede:

Telefone: 

**☐ Em instalações de outra empresa**

Denominação social:



Endereço da sede:

Telefone: 

**Consequências do acidente conhecidas à data da comunicação:**

☐ Ausência ao trabalho esperada de mais de 3 dias

☐ Hospitalização

Denominação do hospital



Período de hospitalização previsto



Lesões sofridas e danos causados







Tarefa desempenhada pelo sinistrado no momento do acidente







Circunstâncias do acidente







Duração diária e semanal do trabalho prestado pelo sinistrado nos 30 dias que antecederam o acidente







**Anexo:**

Registo dos tempos de trabalho prestado pelo sinistrado nos 30 dias que antecederam o acidente.

Com os melhores cumprimentos,

...............................................................................................................

(Assinatura e carimbo)

|  |  |
| --- | --- |
| **Objeto** | Comunicação de acidente de trabalho |
| **Conteúdo** | Comunicação dos acidentes mortais ou que evidenciem lesão física grave; a comunicação deve ser acompanhada de informação, e respetivos registos, sobre todos os tempos de trabalho prestado pelo trabalhador nos 30 dias que antecederam o acidente |
| **Responsabilidade** | Empregador |
| **Prazo** | Vinte e quatro horas seguintes à ocorrência |
| **Disposição legal** | No nº 1, do art.º 111º, da Lei 102/2009 de 10 de setembro. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Objeto** | Comunicação de acidente de trabalho em trabalhos de construção |
| **Conteúdo** | Comunicação do acidente de trabalho de que resulte a morte ou lesão grave do trabalhador, ou que assuma particular gravidade na perspetiva da segurança no trabalho |
| **Responsabilidade** | O acidente deve ser comunicado pelo respetivo empregador, no mais curto prazo possível, não podendo exceder 24 horas; a comunicação do acidente que envolva um trabalhador independente deve ser feita pela entidade que o tiver contratado; se o acidente não for comunicado pelo empregador ou, tratando-se de trabalhador independente, pela entidade contratante, a entidade executante deve assegurar a comunicação dentro do mesmo prazo, findo o qual, não tendo havido comunicação, o dono da obra deve efetuar a comunicação nas 24 horas subsequentes |
| **Prazo** | No mais curto prazo possível, não podendo exceder 24 horas |
| **Disposição legal** | Nºs 1, 2 e 3, do art.º 24º, do Decreto-Lei nº 273/2003, de 29 de outubro, que estabelece regras para promover a segurança, higiene e saúde no trabalho em estaleiros da construção |