

Exmo(a). Senhor(a)  
Chefe de Divisão do Serviço Inspectivo de  
Ponta Delgada

  
  

Assunto: **Comunicação de acidente de trabalho**

**Mortal**

**Grave**

Data:

 /  / 

Ref.

#### IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

**Empregador**

**Entidade contratante ou trabalhador independente**

**Entidade executante**

**Dono da obra**

**Outro**

Especifique

Denominação social

Endereço da sede

Código Postal

Localidade

Concelho

Local de trabalho

Código Postal

Localidade

Concelho

Actividade ou objecto social

Número de identificação fiscal

Telefone

Fax

Correio electrónico

#### **IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO**

Nome

Morada

Código Postal

Localidade

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

 - 

Localidade

Concelho

## 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)

### Instruções de preenchimento

a) Indicar a morada do Serviço Inspectivo da Inspeção Regional do Trabalho cuja área geográfica de competência abrange o local de ocorrência do acidente de trabalho.

<b>Objecto</b>	Comunicação de acidente de trabalho
<b>Conteúdo</b>	Comunicação dos acidentes mortais ou que evidenciem uma situação particularmente grave; a comunicação deve ser acompanhada de informação, e respectivos registos, sobre todos os tempos de trabalho prestado pelo trabalhador nos 30 dias que antecederam o acidente
<b>Responsabilidade</b>	Empregador
<b>Prazo</b>	Vinte e quatro horas seguintes à ocorrência
<b>Disposição legal</b>	Art.º 111º, nº 1 da Lei 102/2009 de 10 de Setembro

<b>Objecto</b>	Comunicação de acidente de trabalho em trabalhos de construção
<b>Conteúdo</b>	Comunicação do acidente de trabalho de que resulte a morte ou lesão grave do trabalhador, ou que assuma particular gravidade na perspectiva da segurança no trabalho
<b>Responsabilidade</b>	O acidente deve ser comunicado pelo respectivo 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 efectuar a comunicação nas 24 horas subsequentes
<b>Prazo</b>	No mais curto prazo possível, não podendo exceder 24 horas
<b>Disposição legal</b>	Nºs 1, 2 e 3 do art. 24º do Decreto-Lei nº 273/2003, de 29 de Outubro, que estabelece regras para promover a

