CIRCULAR N.º 5/2026

Participação de Acidentes e Incidentes de Trabalho

A ocorrência de acidentes e incidentes de trabalho implicam a realização de um conjunto de procedimentos internos e externos, consoante a sua classificação e gravidade.

Desta forma, divulga-se, em anexo, uma instrução de trabalho aplicável à ocorrência de acidentes e incidentes de trabalho, independentemente do vínculo laboral, incluindo prestadores externos, tendo como objetivo definir os procedimentos de atuação em caso de ocorrência dos mesmos, definindo a responsabilidade da sua análise e investigação.

A Reitora da Universidade de Évora, em 23 de abril de 2026

Assinado por: **HERMÍNIA MARIA DE VASCONCELOS ALVES VILAR**
Num. de Identificação: 06060714
Data: 2026.04.23 14:42:37+01'00'
Certificado por: **Diário da República**
Atributos certificados: **Reitora - Universidade de Évora**

1. ÂMBITO E OBJETIVOS

A presente instrução de trabalho é aplicável à ocorrência de acidentes de trabalho que ocorram com trabalhadores a exercer funções nos espaços da Universidade de Évora, independentemente do vínculo laboral, incluindo prestadores externos, tendo como objetivo definir os procedimentos de atuação em caso de ocorrência dos mesmos, definindo a responsabilidade da sua análise e investigação.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Abreviaturas e siglas

Sigla/Abreviatura	Definição
AT	Acidente de trabalho
ACT	Autoridade das Condições de Trabalho
DSA	Divisão de Segurança e Ambiente
ST	Segurança no trabalho
DGRH	Divisão de Gestão de Recursos Humanos
UE	Universidade de Évora

2.2 Definições

Conceito	Definição
Acidente de trabalho Art. 8º, Lei nº 98/2009, de 4 de setembro	*É acidente de trabalho aquele que se verifique no local e no tempo de trabalho e produza directa ou indirectamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte.*
Acidente em serviço Art. 3º, nº 1 al. b) e Art. 7º, nº 1, Decreto-Lei 503/99, de 20 de novembro	*Acidente de serviço é aquele que se verifique no decurso da prestação de trabalho pelos trabalhadores da Administração Pública. Acidente em serviço é todo o que ocorre nas circunstâncias em que se verifica o acidente de trabalho, nos termos do regime geral, incluindo o ocorrido no trajeto de ida e de regresso para e do local de trabalho.*

Acidente de trabalho grave ACT – Manual *A Autoridade para as condições do Trabalho e os Inquéritos de Acidente de Trabalho e Doença Profissional*	*Considera-se como acidente (...) que evidencie uma situação particularmente grave todo o acidente relacionado com o trabalho no qual um trabalhador ou um trabalhador independente que trabalhe em instalações alheias sofre uma lesão física grave (incluindo a lesão em consequência de violência física), que exija tratamento médico especializado em estabelecimento de saúde.* *A lesão que ocasione incapacidade para o trabalho superior a três dias úteis não integra necessariamente a noção de acidente grave para os efeitos dos artigos 14.º n.º 2 do RJPSST e artigo 10º n.º 1 al. e) do Estatuto da Inspeção-Geral do Trabalho. A situação particularmente grave pode ser identificada a partir da gravidade da lesão e/ou da gravidade na perspetiva da segurança e saúde no trabalho independentemente da produção de danos pessoais.*
Incidente de trabalho Art. 3º, nº 1, al. e) do Decreto-Lei 503/99, de 20 de novembro.	*Todo o evento que afeta determinado trabalhador, no decurso do trabalho ou com ele relacionado, de que não resultem lesões corporais diagnosticadas de imediato, ou em que estas só necessitem de primeiros socorros.*
Local de trabalho Art. 8º, nº 2, al. a), Lei nº 98/2009, de 4 de setembro	*Todo o lugar em que o trabalhador se encontra ou deva dirigir-se em virtude do seu trabalho e em que esteja direta ou indiretamente, sujeito ao controlo do empregador.*
Tempo de trabalho Art. 8º, nº 2, al. b), Lei nº 98/2009, de 4 de setembro	*Além do período normal de trabalho o que precede o seu início, em atos de preparação ou com eles relacionados, e o que se lhe segue, em atos também com ele relacionados, e ainda as interrupções normais ou forçosas de trabalho*.

3. PROCEDIMENTO A ADOPTAR EM CASO DE INCIDENTE DE TRABALHO

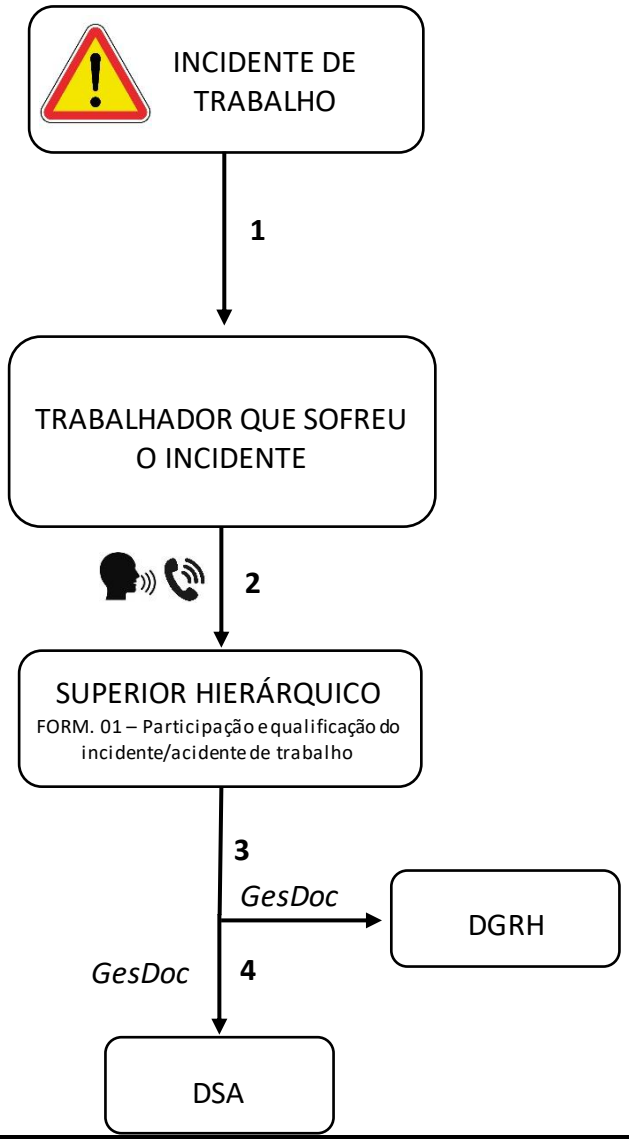
3.1 Descrição

Em caso de incidente (acontecimento em que não é necessário internamento hospitalar, apenas necessitando a prestação de primeiros socorros), o trabalhador deve informar o seu superior hierárquico na forma verbal (diretamente ou por telefone). O superior hierárquico deve comunicar à DSA e à DGRH por escrito, através da plataforma *Gesdoc,* submetendo o formulário em anexo *FORM. 01 – Participação e qualificação do acidente/incidente de trabalho*, devidamente preenchido.

A DSA, em conjunto com o trabalhador envolvido no incidente, avalia a necessidade de desencadeamento de ação corretiva e/ou preventiva que possibilitem a eliminação das causas do incidente. O incidente deve ser analisado e conferido com a avaliação de riscos existente, de modo a atualizar a mesma em caso de necessidade.

No caso de se verificar a ocorrência recorrente de incidentes de trabalho do mesmo tipo, a DSA implementará medidas no sentido de sensibilizar os trabalhadores, realizando ações de formação, sensibilização ou informação aos trabalhadores.

3.2 Fluxograma de comunicação



1. **Incidente**: Evento em que não resultem lesões corporais ou que apenas necessitem de primeiros socorros.

2. **Comunicação do incidente ao superior hierárquico:**
   O trabalhador que sofreu o incidente deve comunicar a ocorrência do mesmo ao superior hierárquico, de forma imediata utilizando a forma verbal (diretamente ou por telefone).

3. **e 4. Comunicação do incidente à Divisão de Segurança e Ambiente (DSA) e Divisão de Gestão de Recursos Humanos (DGRH):**
   O superior hierárquico deve comunicar a ocorrência do incidente à DSA e à DGRH através do preenchimento do *FORM. 01 – Participação e qualificação do incidente/acidente de trabalho*. A comunicação deve ser feita de forma escrita através de envio de *Gesdoc* para a DSA e para a DGRH.

4. PROCEDIMENTO A ADOPTAR EM CASO DE ACIDENTE DE TRABALHO

4.1 Descrição

Em caso de acidente (acontecimento em que é necessário tratamento hospitalar), o trabalhador acidentado deve ser encaminhado para um estabelecimento do Sistema Nacional de Saúde (hospital ou centro de saúde). O trabalhador acidentado ou, caso não seja possível, o trabalhador que socorreu o trabalhador acidentado, deve comunicar o acontecimento:

- **Para a DSA:**
  - A comunicação deve ser efetuada de forma **imediata** após a ocorrência do acidente de trabalho, por telefone (contacto **266 740 848**), para que os técnicos se desloquem de forma rápida ao local a fim de recolher dados para analisar as causas do acidente de trabalho e avaliarem a gravidade do mesmo. Assim que a DSA tenha conhecimento da ocorrência do acidente de trabalho, deve comunicar de forma verbal ou escrita para a DGRH e para a Administração.
- **Para o superior hierárquico:**
  - A comunicação deve ser efetuada no prazo máximo de **dois dias úteis**, verbalmente ou por escrito. Assim que o superior hierárquico tiver conhecimento do acidente de trabalho deve comunicar a ocorrência do mesmo, devendo preencher o *FORM.01 - Participação e qualificação do acidente de trabalho* e enviar para a DGRH através da plataforma *GesDoc,* no prazo máximo de **1 dia útil** após a comunicação da ocorrência.

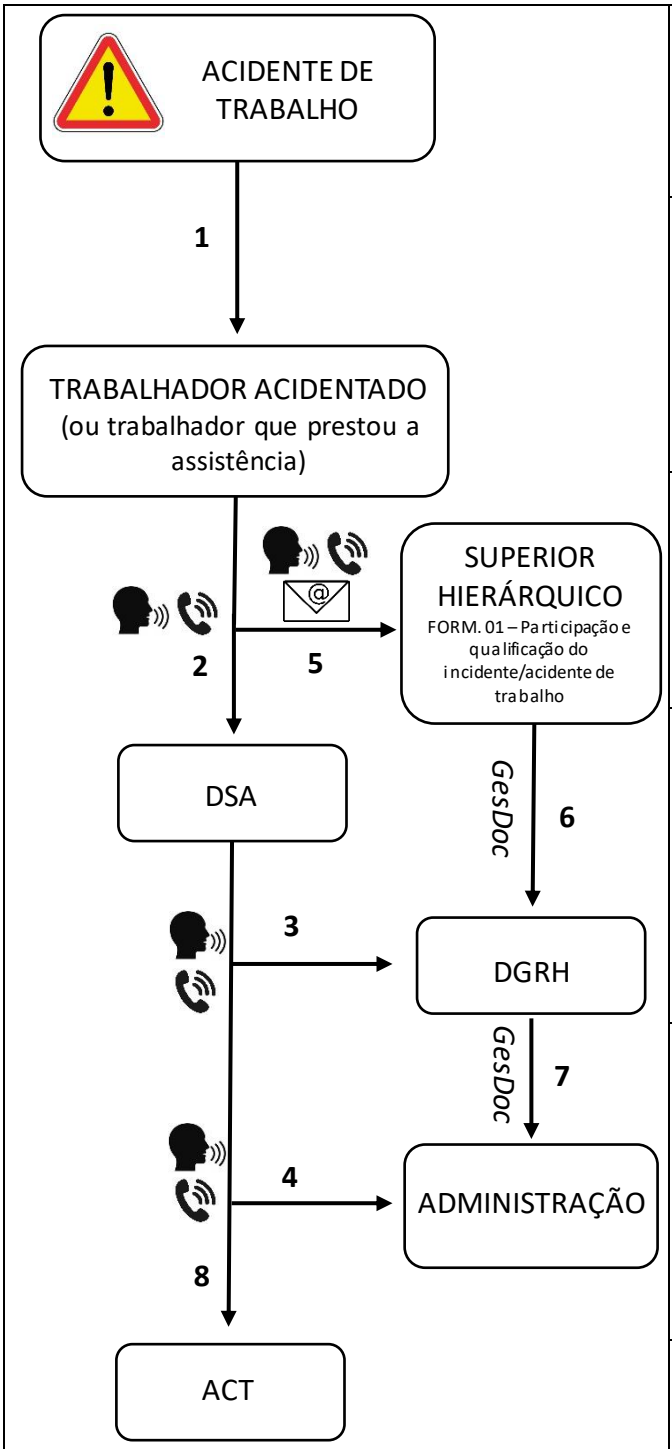
A DGRH deve, por sua vez, reencaminhar a comunicação que recebeu por *GesDoc* para a Administração da Universidade de Évora, para efeitos de qualificação/autorização do acidente como ocorrido em serviço.

Em caso de acidente de trabalho mortal ou que evidenciem lesão física grave, a DSA deve comunicar a sua ocorrência à ACT, nas **24 horas** seguintes.

A DSA, em conjunto com o trabalhador envolvido no acidente, avalia a necessidade de desencadeamento de ação corretiva e/ou preventiva que possibilitem a eliminação das causas do mesmo. O acidente deve ser analisado e conferido com a avaliação de riscos existente, de modo a atualizar a mesma em caso de necessidade.

No caso de se verificar a ocorrência recorrente de acidentes de trabalho do mesmo tipo, a DSA implementará medidas no sentido de sensibilizar os trabalhadores, realizando ações de formação, sensibilização ou informação aos mesmos.

4.2 Fluxograma de comunicação



1. **Acidente de trabalho:**
   Produz lesão corporal, perturbação funcional ou doença que resulte na redução na capacidade de trabalho ou ganho ou a morte.

2. **Comunicação do acidente de trabalho à DSA:**
   O trabalhador acidentado ou o trabalhador que lhe prestou a assistência, deve comunicar de forma **imediata**, o acontecimento de um acidente de trabalho à DSA através de comunicação telefónica (contacto: **266 740 848**).

3. **e 4. Comunicação do acidente de trabalho à DGRH e à administração pela DSA**
   A DSA deve comunicar a ocorrência de um acidente de trabalho à DGRH e à administração de forma verbal ou escrita.

5. **Comunicação do acidente de trabalho ao superior hierárquico:**
   O trabalhador acidentado ou o trabalhador que prestou a assistência deve comunicar o acidente de trabalho ao superior hierárquico no prazo máximo de **2 dias úteis**, utilizando a forma verbal ou escrita.

6. **Comunicação do acidente de trabalho à DGRH:**
   O superior hierárquico deve preencher o documento *FORM. 01 – Participação e qualificação do incidente/acidente de trabalho* e enviar o mesmo para a DGRH via *GesDoc* no prazo de **1 dia útil** após o conhecimento da ocorrência

7. **Comunicação do acidente de trabalho à administração pelo DGRH:**
   Após o conhecimento do acidente de trabalho, a DGRH remete à Administração o mesmo, para efeitos de qualificação/autorização do acidente como ocorrido em serviço

	8. Comunicação do acidente de trabalho à ACT: Caso o acidente de trabalho se considere grave ou mortal a DSA deve fazer a sua comunicação à ACT com o prazo máximo de **24 horas**.

5. PROCEDIMENTO A ADOPTAR EM CASO DE INCIDENTES OU ACIDENTES DE TRABALHO COM PRESTADORES DE SERVIÇOS

5.1 <u>Descrição</u>

Caso ocorra um incidente ou acidente de trabalho com trabalhadores pertencentes a prestadores de serviço externos, este ou o trabalhador que lhe prestou assistência, deve comunicar com o prestador de serviços e com a DSA da seguinte forma:

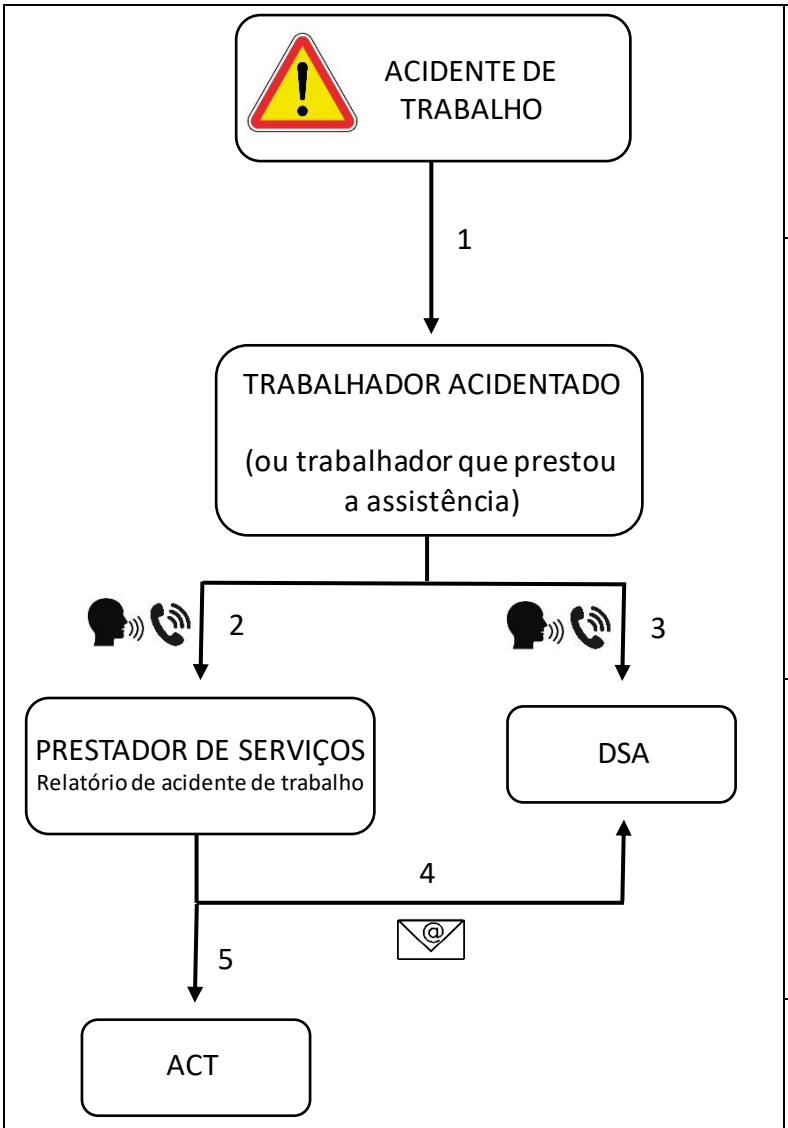
- Prestador de serviços: Por telefone.
- DSA: Comunicação verbal direta ou por telefone (contacto: **266 740 848**);

O prestador de serviços deve elaborar o relatório de incidente ou acidente de trabalho escrito, com a indicação da análise das causas e as respetivas medidas preventivas e corretivas a implementar e enviar para a DSA através do endereço eletrónico: dsa@stec.uevora.pt.

Em caso de acidente de trabalho mortal ou que evidenciem lesão física grave, o prestador de serviços deve comunicar a sua ocorrência à ACT, nas **24 horas** seguintes.

A DSA analisa o relatório elaborado pelo prestador de serviços, verificando a implementação de medidas preventivas e corretivas por parte do mesmo.

5.2 Fluxograma de comunicação



1. **Acidente de trabalho:**
   Produz lesão corporal, perturbação funcional ou doença que resulte na redução na capacidade de trabalho ou ganho ou a morte.

2. **e 3. Comunicação do acidente de trabalho ao prestador de serviços e DSA:**
   O trabalhador afetado ou o trabalhador que lhe prestou assistência deve comunicar **imediatamente** a ocorrência de um acidente ou incidente por telefone, ao prestador de serviços e à DSA **(266 740 848).**

4. **Comunicação do relatório de acidente de trabalho à DSA:**
   O relatório de acidente de trabalho deve ser elaborado pelo prestador de serviços e enviado para a DSA para o seguinte endereço eletrónico: dsa@stec.uevora.pt

5. **Comunicação à ACT**
   Caso o acidente de trabalho se considere grave ou mortal o prestador de serviços deve fazer a sua comunicação à ACT com o prazo máximo de 24 horas.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

ACIDENTES DE TRABALHO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Exmo.(a) Senhor(a) Doutor(a)

Na Administração Pública, as regras para acidentes de trabalho não funcionam como no setor privado, não existe apólice nem seguradora que trata das despesas de saúde.

Nas instituições públicas, no presente caso, na Universidade de Évora, quando um trabalhador do Estado sofre um acidente em serviço ou uma doença profissional, é o próprio Estado que assume a responsabilidade, através das regras e procedimentos definidos por lei, ou seja, é a Universidade de Évora a assumir as despesas, no cumprimento do previsto no Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de novembro na sua versão atual, que estabelece o regime jurídico dos acidentes em serviço e das doenças profissionais no âmbito da Administração Pública.

Para esse efeito é necessário que o(a) trabalhador(a) preencha a participação do acidente de trabalho (anexo I do DL 503/99) e que o médico(a) do estabelecimento de saúde onde o trabalhador se dirigiu preencha o boletim de acompanhamento médico (anexo II do DL 503/99). Só assim, a Universidade de Évora poderá se responsabilizar pelos encargos com a reparação dos danos resultantes de acidentes em trabalho conforme no referido diploma.

Muito agradecemos a sua colaboração neste processo, que se encontra em anexo.

PARTICIPAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE DE TRABALHO (*)

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E INOVAÇÃO

QUALIFICAÇÃO E DESPACHO AUTORIZADOR DE DESPESAS

Face aos elementos constantes da presente participação e aos fornecidos pelo competente serviço de saúde qualifico como acidente de trabalho ocorrido em _____/_____/_____ e autorizo as despesas dele resultantes.

Universidade de Évora, _____/ _____/ _____

A entidade empregadora,

_____

Administrado(a) da Universidade de Évora

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE ORGÂNICA OU SERVIÇO

Designação _____

Morada _____

Edifício onde o trabalhador exerce funções_____

_____ Tel. _____

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

Nome _____

Data Nasc. _____/_____/_____ NIF _____ Nacionalidade _____

Morada _____

Cód. Postal _____ - _____ Localidade _____ Tel. _____

Vínculo: Contratado em CTFP ☐ Comissão de serviço ☐ Outro ☐

com a categoria/cargo _____

(*) Deve ser utilizado para participação do incidente e do acontecimento perigoso

DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA

Acidente ☐ Incidente ☐ Acontecimento perigoso ☐

Data _____/_____/_____ Hora: _____h _____m

Local _____

Circunstâncias da ocorrência:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

TESTEMUNHAS (Indicação não obrigatória) _____

_____

_____

_____

_____

_____

Data _____/ _____/ _____ O DECLARANTE _____

O SUPERIOR HIERÁRQUICO Data _____/ _____/ _____

_____

(nome, cargo, assinatura)

ANEXO II
Boletim de Acompanhamento Médico

Trabalhador

Nome _____

Sexo M/F ☐ Data de Nascimento ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Cartão de Cidadão ☐☐☐☐☐☐☐☐

Beneficiário nº ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Morada: ___ _____

Código Postal ☐☐☐☐☐☐☐☐ Localidade _____

Telefone ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Categoria_____ Funções _____

Órgão ou Serviço

Designação _____

Morada: _____

Código Postal ☐☐☐☐☐☐☐☐ Localidade _____

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 ☐ _____ dias Parcial ☐

_____

Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade habitual

_____

_____

Céd. Prof.

☐☐☐☐☐☐

Internamento

Hospital _____ Serviço _____

Inicio 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.

☐☐☐☐☐

Consulta Externa

Hospital _____ Serviço _____

Data da consulta	Nova consulta	Incapacidade temporária	O Médico
☐☐ ☐☐ ☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐	parcial ☐ absoluta ☐	_____
☐☐ ☐☐ ☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐	parcial ☐ absoluta ☐	_____
☐☐ ☐☐ ☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐	parcial ☐ absoluta ☐	_____
☐☐ ☐☐ ☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐	parcial ☐ absoluta ☐	_____
☐☐ ☐☐ ☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐	parcial ☐ absoluta ☐	_____
☐☐ ☐☐ ☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐	parcial ☐ absoluta ☐	_____

Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade habitual

_____

_____

Médico de Família / Médico Assistente

Centro de Saúde ☐ _____ O Médico

Médico do sector privado ☐ Céd. prof. ☐☐☐☐☐

Data da consulta	Nova consulta	Incapacidade temporária	
☐☐ ☐☐ ☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐	parcial ☐ absoluta ☐	_____
☐☐ ☐☐ ☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐	parcial ☐ absoluta ☐	_____
☐☐ ☐☐ ☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐	parcial ☐ absoluta ☐	_____
☐☐ ☐☐ ☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐	parcial ☐ absoluta ☐	_____
☐☐ ☐☐ ☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐	parcial ☐ absoluta ☐	_____

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

_____