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,

_____

Administrador(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 ☐

Incapacidade Temporária: Absoluta ☐ _____ dias Parcial ☐

Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade habitual

_____

_____

O Médico

_____

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

_____