



À
Inspeção Regional do Trabalho

[Redacted address block]

Ref.: [Redacted]

Assunto: **Comunicação de acidente de trabalho**

☐ Mortal ☐ Grave

Data do acidente: [Redacted] / [Redacted] / [Redacted]

Hora: [Redacted] Local (morada) [Redacted]

Local do acidente:

- ☐ Nas instalações do empregador
- ☐ Nas instalações de outra empresa
- ☐ Durante o trabalho em viagem de: [Redacted] para [Redacted] (Local)
- ☐ Em obra
- ☐ Na embarcação
- ☐ Em minas e pedreiras

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

- ☐ Empregador
- ☐ Entidade contratante do trabalhador independente
- ☐ Entidade executante
- ☐ Dono de obra
- ☐ Outro (e. g. empresa de trabalho temporário, empresa utilizadora...)

Especifique: [Redacted]

Denominação social: [Redacted]

Endereço da sede: [Redacted]

Classificação de Atividade Económica (CAE): [Redacted]

Número de identificação fiscal (NIF): [Redacted]

Nome de contacto: [Redacted]



Código postal: -

Localidade:

Concelho:

Telefone: Fax:

Correio eletrónico:

Local de trabalho:

Código postal: -

Localidade:

Concelho:

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 das horas minutos às horas minutos
- ☐ Em turno rotativo das horas minutos às horas minutos
- ☐ Em turno fixo das horas minutos às horas minutos
- ☐ Outro horário

Especifique:

Consequências do acidente conhecidas à data da comunicação:

- ☐ Ausência do trabalho esperada de mais de 3 dias
- ☐ Hospitalização

Denominação do hospital:

Período de hospitalização previsto:

Breve descrição do acidente de trabalho:

Gravidade da lesão e partes do corpo atingidas:

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

Indicar a morada do serviço da Inspeção Regional do Trabalho cuja área geográfica de competência abrange o local de ocorrência do acidente de trabalho. Se o acidente tiver ocorrido em viagem a comunicação deve ser dirigida ao serviço desconcentrado da IRT da área de jurisdição da sede da entidade empregadora

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 geral	Art.º 111º, nº 1 da Lei 102/2009 de 10 de setembro, com a redação dada pela Lei n.º 3/2014, de 28 de janeiro
Disposições legais específicas	Construção civil - Art.º 24º, nº 1 do Decreto-Lei 273/2003 de 29 de outubro Trabalho a bordo dos navios de pesca - Art.º 8º, nº 1 do Decreto-Lei 116/97 de 12 de maio Indústrias extrativas por perfuração a céu aberto ou subterrâneas - Art.º 9º, nº 1 do Decreto-Lei 324/95 de 29 de novembro