

Exmo(a). Senhor(a)  
(Sub) Director (a) da Autoridade para as Condições do Trabalho <sup>(1)</sup>

[Redacted]  
[Redacted]  
[Redacted] - [Redacted] [Redacted]

Ref.: [Redacted]

Assunto: **Comunicação de acidente de trabalho**

Mortal     Grave

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

Hora: [Redacted] horas [Redacted] minutos

**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

**(1)** Indicar a morada do serviço da Autoridade para as Condições 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 ACT da área de jurisdição da sede da entidade empregadora

<b>Objeto</b>	Comunicação de acidente de trabalho
<b>Conteúdo</b>	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
<b>Responsabilidade</b>	Empregador
<b>Prazo</b>	Vinte e quatro horas seguintes à ocorrência
<b>Disposição legal geral</b>	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
<b>Disposições legais específicas</b>	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