

actualiza o regime jurídico de protecção social na eventualidade desemprego.

### Artigo 2.º

#### Prorrogação

1 — É prorrogada, por um período de seis meses, a atribuição do subsídio social de desemprego inicial ou subsequente ao subsídio de desemprego que cesse no decurso do ano de 2009.

2 — O montante diário do subsídio referido no número anterior corresponde a  $\frac{1}{30}$  de 60 % do valor do indexante dos apoios sociais (IAS), sem prejuízo do disposto no número seguinte.

3 — O montante diário do subsídio é majorado em  $\frac{1}{30}$  de 10 % do IAS por cada filho que integre o agregado familiar do titular da prestação, não podendo o montante diário total exceder  $\frac{1}{30}$  do valor do IAS.

### Artigo 3.º

#### Alteração ao Decreto-Lei n.º 220/2006, de 20 de Novembro

Os artigos 36.º, 37.º, 55.º e 72.º do Decreto-Lei n.º 220/2006, de 3 de Novembro, passam a ter a seguinte redacção:

#### «Artigo 36.º

[...]

- 1 — .....
- 2 — .....
- 3 — .....
- 4 — .....

5 — Nas situações a que se refere o n.º 2 do artigo 72.º, as prestações de desemprego são devidas desde a data de apresentação do requerimento ou das provas, deduzindo-se no período de concessão os dias decorridos entre o termo do prazo para a apresentação do requerimento ou apresentação das provas e a data da apresentação dos mesmos.

#### Artigo 37.º

[...]

- 1 — .....

2 — Para efeitos do disposto no número anterior são considerados os períodos de registo de remunerações posteriores ao termo da concessão das prestações devidas pela última situação de desemprego, sem prejuízo do disposto no número seguinte.

3 — Nas situações em que o trabalhador tenha retomado o exercício de actividade profissional no decurso dos primeiros seis meses de atribuição das prestações é considerado ainda, na determinação do período de concessão e respectivo acréscimo da prestação de desemprego imediatamente subsequente, o período de remunerações tido em conta na atribuição da prestação de desemprego imediatamente anterior.

4 — (*Anterior n.º 3.*)

#### Artigo 55.º

[...]

- 1 — .....
- 2 — .....

3 — Nas situações previstas no número anterior, independentemente de se encontrar preenchido o prazo de garantia para acesso a novas prestações, o pagamento das prestações que se encontre suspenso é reiniciado pelo período remanescente e com o valor que se encontrava a ser atribuído à data da suspensão, sem prejuízo do disposto no n.º 5.

4 — A determinação da protecção mais favorável é efectuada oficiosamente, tendo em conta os respectivos montantes e períodos de atribuição, sem prejuízo do reconhecimento do direito dos interessados à determinação do regime que no seu caso em concreto considera mais favorável, desde que solicitado no prazo de 60 dias após a concessão das prestações de desemprego.

5 — (*Anterior n.º 4.*)

### Artigo 72.º

[...]

1 — .....

2 — A entrega do requerimento ou das provas previstas nos n.ºs 1 e 2 do artigo 78.º após o decurso do prazo previsto no número anterior nos casos em que a mesma seja efectuada durante o período legal de concessão das prestações de desemprego determina a redução no período de concessão das prestações pelo período de tempo respeitante ao atraso verificado.

3 — (*Anterior n.º 2.*)»

### Artigo 4.º

#### Disposição transitória

O disposto no artigo 2.º produz efeitos a 1 de Janeiro de 2009.

### Artigo 5.º

#### Entrada em vigor

O presente decreto-lei entra em vigor no 1.º dia do mês seguinte ao da sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 12 de Fevereiro de 2009. — *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa* — *Emanuel Augusto dos Santos* — *José António Fonseca Vieira da Silva*.

Promulgado em 13 de Março de 2009.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 16 de Março de 2009.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

### Portaria n.º 288/2009

de 20 de Março

A Lei n.º 35/2004, de 29 de Julho, prevê no artigo 259.º que o empregador deve elaborar, para cada estabelecimento, um relatório anual da actividade dos serviços de segurança, higiene e saúde no trabalho.

A informação constante do relatório é relevante para o acompanhamento das actividades de prevenção de riscos profissionais por parte da administração do trabalho e das autoridades da saúde e constitui fonte privilegiada de informação estatística.

A experiência da aplicação do modelo actual justifica algumas alterações do seu conteúdo, nomeadamente de sistematização, com o objectivo de melhorar o tratamento estatístico da informação e facilitar a elaboração e apresentação do relatório.

Assim:

Manda o Governo, pelo Ministro do Trabalho e da Solidariedade Social, ao abrigo do n.º 2 do artigo 259.º da Lei n.º 35/2004, de 29 de Julho, o seguinte:

**Artigo 1.º**

**Modelo de relatório anual**

É aprovado o modelo de relatório anual da actividade dos serviços de segurança, higiene e saúde no trabalho, em versões para apresentação por meio informático e em suporte de papel, que constituem, respectivamente, os anexos I e II da presente portaria.

**Artigo 2.º**

**Norma revogatória**

É revogada a Portaria n.º 1184/2002, de 29 de Agosto.

**Artigo 3.º**

**Entrada em vigor**

A presente portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

O Ministro do Trabalho e da Solidariedade Social, *José António Fonseca Vieira da Silva*, em 17 de Março de 2009.

**ANEXO I**



**MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL**  
Autoridade para as Condições de Trabalho  
Gabinete de Estratégia e Planeamento



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
Direcção-Geral da Saúde

**Relatório Anual da Actividade do Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho**  
(Nos termos da Lei nº35/2004, de 29 de Julho)

Número de Identificação Fiscal (NIF)

Número de Identificação da Segurança Social (NISS)

Nº ID do Estabelecimento (NIE)

ANO A QUE RESPEITA

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE EMPREGADORA

1. Nome

2. Morada

2.1 Localidade

2.2 Código postal  -

2.3 Distrito ou fha/ Município / Freguesia

2.4 Telefone/Telemóvel  2.5 Fax

2.6 Endereço de correio electrónico

3. Actividade económica principal (CAE)

4. Número de estabelecimentos em 31 de Dezembro

No Continente <input type="text"/>	Na R.A. Madeira <input type="text"/>	
Na R.A. Açores <input type="text"/>	No Estrangeiro <input type="text"/>	

5. Investimento no âmbito da segurança, higiene e saúde no trabalho

5.1 Na organização dos serviços de segurança e higiene no trabalho <input type="text"/> €	5.5 Na aquisição de equipamento de protecção individual (EPIs) <input type="text"/> €
5.2 Na organização dos serviços de saúde no trabalho <input type="text"/> €	5.6 Na formação, informação e consulta <input type="text"/> €
5.3 Na organização/modificação dos espaços de trabalho <input type="text"/> €	5.7 Outros <input type="text"/> €
5.4 Na aquisição de bens ou equipamentos <input type="text"/> €	5.8 TOTAL <input type="text"/> €

I - UNIDADE LOCAL (ESTABELECIMENTO) - A preencher também para a sede

1. Nome do estabelecimento

2. Morada

2.1 Localidade

2.2 Código postal  -

2.3 Distrito ou fha/Município/Freguesia

2.4 Telefone / Telemóvel  2.5 Fax

2.6 Endereço de correio electrónico

3. Actividade económica principal do estabelecimento (CAE)

4. Número médio de trabalhadores afectos ao estabelecimento, no ano:

	Total	Homens	Mulheres
4.1 Vinculados por contrato de trabalho ou equiparado ao empregador responsável pelo relatório	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.1.1 A trabalhar no estabelecimento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.1.2 A trabalhar fora do estabelecimento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.1.2.1 Trabalhadores temporários cedidos por contrato de utilização	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.1.2.2 Trabalhadores deslocados para prestação de serviços	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.1.2.3 Trabalhadores em regime de cedência ocasional	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.1.2.4 Outros trabalhadores (em regime de teletrabalho ou trabalhadores no domicílio)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.2 Não vinculados ao empregador responsável pelo relatório	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.2.1 Trabalhadores temporários cedidos por contrato de utilização	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.2.2 Trabalhadores independentes prestadores de serviços e trabalhadores ao serviço de empresas prestadoras de serviços	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.2.3 Trabalhadores em regime de cedência ocasional	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.3 TOTAL (4.1 + 4.2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Número total de horas efectivamente trabalhadas (incluindo as suplementares) durante o ano, pelos trabalhadores declarados em 4.1.1

II - NATUREZA DA MODALIDADE ADOPTADA NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SEGURANÇA, HIGIENE E SAÚDE NO TRABALHO

1. As actividades de segurança, higiene e saúde no trabalho são organizadas no estabelecimento:

Assinale com um x a sua resposta

Em conjunto 1.  Em separado 2.

2. Especifique a modalidade:

2.1 No domínio da segurança e higiene:	2.2 No domínio da saúde:	
. Serviços internos 1. <input type="checkbox"/>	. Serviços internos 1. <input type="checkbox"/>	
. Serviços interempresas/partilhados 2. <input type="checkbox"/>	. Serviços interempresas/partilhados 2. <input type="checkbox"/>	
. Serviços externos 3. <input type="checkbox"/>	. Serviços externos 3. <input type="checkbox"/>	
. Actividades exercidas pelo empregador 4. <input type="checkbox"/>	. Serviço Nacional/Regional de Saúde 4. <input type="checkbox"/>	
. Actividades exercidas pelo trabalhador designado 5. <input type="checkbox"/>		

III - PESSOAL DOS SERVIÇOS DE SEGURANÇA, HIGIENE E SAÚDE NO TRABALHO

1. Serviços internos, interempresas/partilhados e/ou externos

1.1 Indique o número de técnicos em cada grupo profissional, que exerceram actividade efectiva no estabelecimento:

Médicos do trabalho	Profissionais de Enfermagem	Técnicos Superiores de SHT	Técnicos de SHT	Outro pessoal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.2 Nome do(s) Médico(s) do trabalho: (Coloque na primeira linha o nome do médico responsável)

Nº(ºs) da cédula profissional

Nº médio de horas mensais de afectação

hora(s)  minuto(s)

1.3 Nome do(s) técnico(s) de Segurança e Higiene do Trabalho:

Nº(ºs) Certificado de Aptidão Profissional (CAP)

OU

(para candidaturas apresentadas a partir de 2 de Janeiro de 2009, inclusive)

1.4 Nome do Director/Responsável dos Serviços:

1.5 Nome do Empregador:  nº autorização

1.6 Nome do Trabalhador Designado:  nº autorização

1.7 Nome do Representante do empregador para o acompanhamento dos serviços interempresas/partilhados ou externos:

2. No caso de Serviços Externos, indicar denominação e número de identificação fiscal da(s) entidade(s) prestadora(s):

Serviços de Segurança

NIF  Denominação:

Serviços de Saúde:

NIF  Denominação:

IV - ACTIVIDADE(S) DOS SERVIÇOS DE SEGURANÇA, HIGIENE E SAÚDE NO TRABALHO

1. Foram organizados programas de prevenção, de acordo com o artigo 240º da Lei n.º 35/2004, de 29 de Julho:

Programa de prevenção de riscos profissionais: Sim  Não

Programa de promoção da saúde: Sim  Não

Programa de vigilância da saúde: Sim  Não

2. Foram realizadas Auditorias? Sim  Não

3. Foram realizadas Inspekções? Sim  Não

4. Acções de informação, consulta e formação aos trabalhadores

4.1 Informação aos trabalhadores sobre os riscos inerentes à sua actividade profissional

Foram realizadas acções de informação? Sim  Não

Código da situação contemplada  Nº de acções realizadas  Nº de destinatários

4.2 Consulta aos trabalhadores na área da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho

Foram realizadas acções de consulta? Sim  Não

Código da razão da consulta  Nº de acções realizadas  Nº de participantes

4.3 Formação dos trabalhadores no domínio da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho

Foram realizadas acções de formação? Sim  Não

Código da acção de formação  Nº de acções realizadas  Nº de participantes

H  M

ANEXO II

**5. Identificação, avaliação e controlo dos factores de risco**

**5.1 Foram identificados factores de risco físicos?** Sim  Não

Código do agente: H M N  
Nº de trabalhadores expostos: H M N  
Nº de avaliações efectuadas: H M N  
Códigos das medidas de prevenção adoptadas: H M N

**5.2 Foram identificados factores de risco químico?** Sim  Não

EINECS (Nº CE): H M N  
Identificação do agente: H M N  
Menção ou frase de risco: H M N  
Nº de trabalhadores expostos: H M N  
Nº de avaliações efectuadas: H M N  
Códigos das medidas de prevenção adoptadas: H M N

**5.3 Foram identificados factores de risco biológicos?** Sim  Não

Código do agente: H M N  
Identificação do agente: H M N  
Classificação do agente: H M N  
Nº de trabalhadores expostos: H M N  
Nº de avaliações efectuadas: H M N  
Códigos das medidas de prevenção adoptadas: H M N

**5.4 Foram identificados factores de risco relacionados com a actividade, capazes de originar alterações do sistema músculo-esquelético?** Sim  Não

Código do agente: H M N  
Número de trabalhadores expostos: H M N  
Nº de avaliações efectuadas: H M N  
Códigos das medidas de prevenção adoptadas: H M N

**5.5 Foram identificados factores de risco Psicosociais e Organizacionais?** Sim  Não

Código do agente: H M N  
Número de trabalhadores expostos: H M N  
Nº de avaliações efectuadas: H M N  
Códigos das medidas de prevenção adoptadas: H M N

**5.6 Foram identificados outros factores de risco para a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho?** Sim  Não

Código do agente: H M N  
Número de trabalhadores expostos: H M N  
Nº de avaliações efectuadas: H M N  
Códigos das medidas de prevenção adoptadas: H M N

**6. Promoção e vigilância da saúde**

**6.1 Foram realizados exames de admissão, periódicos e/ou ocasionais?** Sim  Não

Total de exames	Exames anuais			
	Total	inferior a 18 anos	18 a 49 anos	50 e mais anos
H				
M				
6.1.1 Total de exames de admissão				
6.1.2 Total de exames periódicos				
6.1.3 Total de exames ocasionais				
1. Mudança de posto de trabalho				
2. Alterações no posto de trabalho				
3. Regresso ao trab. após ausência superior a 30 dias				
4. Inicialidade do médico				
5. Perfil do trabalhador				
6. Acidente de trabalho				
7. Doença súbita				
8. Por cessação do contrato de trabalho				
9. Outros motivos				

**Relatório Anual da Actividade do Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho**  
(nos termos da Lei n.º 35/2004, de 29 de Junho)

Número de Identificação Fiscal (NIF): H M N  
Número de Identificação de Segurança Social (NISS): H M N  
Número do Estabelecimento: H M N  
ANO A QUE RESPETA: H M N

**IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE EMPREGADORA**

1. Nome: \_\_\_\_\_  
2. Morada: \_\_\_\_\_  
2.1 Localidade: \_\_\_\_\_  
2.2 Código postal: H M N  
2.3 Distrito ou Ilha/Município/Freguesia: H M N  
2.4 Telefone / Telemóvel: H M N 2,5 Fax: H M N  
2.6 Endereço de correio electrónico: \_\_\_\_\_

3. Actividade económica principal (CAE): H M N  
4. Número de estabelecimentos: Na R.A.-Açores: H M N Na R.A.-Madeira: H M N No estrangeiro: H M N

5. Investimento no âmbito da segurança, higiene e saúde no trabalho

5.1. Na organização dos serviços de segurança no trabalho: H M N €  
5.2. Na aquisição de equipamentos de protecção individual (EPIs): H M N €  
5.3. Na organização dos serviços de saúde no trabalho: H M N €  
5.4. Na formação, informação e consulta: H M N €  
5.5. Na organização/modificação dos espaços de trabalho: H M N €  
5.6. Na aquisição de bens ou equipamentos: H M N €  
5.7. Outros: H M N €  
5.8. TOTAL: H M N €

**I - UNIDADE LOCAL (ESTABELECIMENTO) - A prestar trabalho para a saúde**

1. Nome do estabelecimento: \_\_\_\_\_  
2. Morada: \_\_\_\_\_  
2.1 Localidade: \_\_\_\_\_  
2.2 Código postal: H M N  
2.3 Distrito ou Ilha/Município/Freguesia: H M N  
2.4 Telefone / Telemóvel: H M N 2,5 Fax: H M N  
2.6 Endereço de correio electrónico: \_\_\_\_\_

3. Actividade económica principal do estabelecimento (CAE): H M N  
4. Número médio de trabalhadores afectos ao estabelecimento, no ano:

4.1 Vinculados por contrato de trabalho ao equiparado ao empregador responsável pelo relatório

4.1.1 A trabalhar no estabelecimento	H	M	N
4.1.2 A trabalhar fora do estabelecimento	H	M	N
4.1.2.1 Trabalhadores temporários cedidos por contrato de utilização	H	M	N
4.1.2.2 Trabalhadores deslocados para prestação de serviços	H	M	N
4.1.2.3 Trabalhadores em regime de creditação ocasional	H	M	N
4.1.2.4 Outros trabalhadores (em regime de teletrabalho ou trabalhadores no domicílio)	H	M	N

4.2 Não vinculados ao empregador responsável pelo relatório

4.2.1 Trabalhadores temporários cedidos por contrato de utilização	H	M	N
4.2.2 Trabalhadores independentes prestadores de serviços e trabalhadores ao serviço de empresas prestadoras de serviços	H	M	N
4.2.3 Trabalhadores em regime de creditação ocasional	H	M	N
4.3 TOTAL (4.1 + 4.2)	H	M	N

5. Número total de horas efectivamente trabalhadas (incluindo as suplementares) durante o ano, pelos trabalhadores declarados em 4.1.1: H M N

**6.2 Foram realizados exames complementares?** Sim  Não

Código do exame: H M N  
Nº total de exames: H M N  
Factor de risco: H M N

**6.3 Foram realizadas acções de imunização?** Sim  Não

Código da vacina: H M N  
Nº de inoculações: H M N  
Nº de trabalhadores: H M N

**6.4 Foram realizadas acções de promoção da Saúde no Trabalho?** Sim  Não

Código da actividade desenvolvida: H M N  
Nº de acções de promoção da saúde realizadas: H M N  
Nº de trabalhadores abrangidos: H M N

**II - NATUREZA DA MODALIDADE ADOPTADA NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SEGURANÇA, HIGIENE E SAÚDE NO TRABALHO**

1. As actividades de segurança, higiene e saúde no trabalho são organizadas nos estabelecimentos: Em conjunto  Em separado

2. Especifique a modalidade:

2.1 No domínio da segurança:

- 1.  Serviços internos
- 2.  Serviços interempresas/partilhados
- 3.  Serviços externos
- 4.  Actividades exercidas pelo empregador
- 5.  Actividades exercidas pelo trabalhador designado

2.2 No domínio da saúde:

- 1.  Serviços internos
- 2.  Serviços interempresas/partilhados
- 3.  Serviços externos
- 4.  Serviço Nacional/Regional de Saúde

**V - ACIDENTES DE TRABALHO E DOENÇAS PROFissionais**

**1. Ocorreram acidentes de trabalho, no tempo de trabalho, com trabalhadores indicados no quadro I, questão 4.1.1?** Sim  Não

**1.1 Número de acidentes de trabalho e de dias de trabalho perdidos com baixa, segundo o escalão de duração da baixa**  
(Inclua neste item a informação referente aos acidentes de trabalho)

Nº de acidentes de trabalho	Total				
	inferior a 1 dia (com ou sem baixa)	1 a 3 dias de baixa	4 a 30 dias de baixa	Superior a 30 dias de baixa	Mortal
H					
M					
Nº de dias de trabalho perdidos	H	M	N		

**1.2 Cálculo das taxas de frequência e gravidade dos acidentes de trabalho não mortais, segundo as fórmulas:**

1.2.1 Taxa de frequência:  $TF = (Nº \text{ de acidentes de trab.} / Nº \text{ horas efectivamente trabalhadas}) \times 1.000.000 =$  H M N

1.2.2 Taxa de gravidade:  $TG = (Nº \text{ de dias perdidos} / Nº \text{ horas efectivamente trabalhadas}) \times 1.000.000 =$  H M N

**2. Ocorreram acidentes de trabalho, no tempo de trabalho, com trabalhadores indicados no quadro I, questão 4.2?** Sim  Não

**2.1 Número de acidentes de trabalho**  
(Inclua neste item a informação referente aos acidentes de trabalho)

Nº de acidentes de trabalho	Total	
	Não mortal	Mortal
H		
M		

**2.2 Cálculo da taxa de incidência dos acidentes de trabalho totais e mortais, segundo as fórmulas:**

2.2.1 Taxa de incidência (Total AT):  $TIT = (Nº \text{ de AT Totais} / Nº \text{ total de trab. em I - 4.1.1 e I - 4.2}) \times 1.000 =$  H M N

2.2.2 Taxa de incidência (AT mortais):  $TIM = (Nº \text{ de AT mortais} / Nº \text{ total de trab. em I - 4.1.1 e I - 4.2}) \times 1.000 =$  H M N

(Caso a resposta seja "Sim" a 1 e/ou 2, entre parêntesis automaticamente a questão 1.)

**3. Taxa de incidência dos acidentes de trabalho totais e mortais, ocorridos com os trabalhadores indicados no quadro I, questões 4.1.1 e I - 4.2**

3.1 Taxa de incidência (Total AT):  $TIT = (Nº \text{ de AT Totais} / Nº \text{ total de trab. em I - 4.1.1 e I - 4.2}) \times 1.000 =$  H M N

3.2 Taxa de incidência (AT mortais):  $TIM = (Nº \text{ de AT mortais} / Nº \text{ total de trab. em I - 4.1.1 e I - 4.2}) \times 1.000 =$  H M N

**4. Doenças Profissionais de participação obrigatória**

**4.1 Foram participadas doenças no ano?** Sim  Não

Factor de risco	Doença profissional	Número de casos participados
Código: H M N	H M N	H M N
Designação: _____	_____	_____

**4.2 Foram confirmadas doenças no ano?** Sim  Não

Factor de risco	Doença profissional	Número de casos confirmados
Código: H M N	H M N	H M N
Designação: _____	_____	_____

**III - PESSOAL DOS SERVIÇOS DE SEGURANÇA, HIGIENE E SAÚDE NO TRABALHO**

**1. Serviços internos, interempresas/partilhados e/ou externos**

**1.1 Indique o número de técnicos em cada grupo profissional, que exerçam actividade efectiva no estabelecimento:**

Médicos do trabalho	Profissionais de Enfermagem	Técnicos Superiores de SST	Técnicos de SST	Outro pessoal
H M N	H M N	H M N	H M N	H M N

**1.2 Nome do(s) Médico(s) do trabalho:** (Coloque na primeira linha o nome do médico responsável) \_\_\_\_\_  
N.º(s) da cédula profissional: H M N  
N.º médio de horas mensais de afectação (horas): H M N

1.3 Nome do(s) técnico(s) de Segurança e Higiene do Trabalho: \_\_\_\_\_  
N.º(s) Certificado(s) de Aptidão Profissional (CAP): H M N

1.4 Nome do Director/Responsável dos Serviços: \_\_\_\_\_  
1.5 Nome do Empregador: \_\_\_\_\_ n.º autorização: H M N  
1.6 Nome do Trabalhador Designado: \_\_\_\_\_ n.º autorização: H M N  
1.7 Nome do Representante do empregador para o acompanhamento dos serviços interempresas/partilhados ou externos: \_\_\_\_\_

**2. No caso de Serviços Externos, indicar denominação e número de identificação fiscal da(s) entidade(s) prestadora(s):**

Serviços de Segurança: NIF: H M N Denominação: \_\_\_\_\_  
Serviços de Saúde: NIF: H M N Denominação: \_\_\_\_\_

**IV - ACTIVIDADE(S) DOS SERVIÇOS DE SEGURANÇA, HIGIENE E SAÚDE NO TRABALHO**

**1. Foram organizados programas de prevenção, de acordo com o artigo 24º da Lei n.º 35/2004, de 29 de Junho:**

Programa de prevenção de riscos profissionais: Sim  Não

Programa de promoção da saúde: Sim  Não

Programa de vigilância da saúde: Sim  Não

**2. Foram realizadas Auditorias?** Sim  Não

**3. Foram realizadas Inspeções?** Sim  Não

**4. Acções de informação, consulta e formação aos trabalhadores**

**4.1 Informação aos trabalhadores sobre os riscos inerentes à sua actividade profissional**  
 Foram realizadas acções de informação? Sim  Não  (Caso responda 'Sim', preencha o quadro abaixo)

Situação contemplada	N.º de acções realizadas	N.º de destinatários
01. Admissão dos trabalhadores	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02. Actividades que envolvem trab. não pertencentes ao estabelecimento	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03. Mudança de posto de trabalho	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04. Introdução ou mudança de equipamento de trabalho	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05. Adopção de novas tecnologias	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06. Utilização de equipamentos de protecção individual (EPIs)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
99. Outras situações contempladas	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**4.2 Consulta aos trabalhadores na área da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho**  
 Foram realizadas acções de consulta? Sim  Não  (Caso responda 'Sim', preencha o quadro abaixo)

Ratão da consulta	N.º de acções realizadas	N.º de participantes
01. Medidas de segurança e saúde no trabalho a aplicar	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02. Outras medidas com reflexos na promoção da segurança e saúde no trabalho	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03. Programação e organização da formação	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04. Designação de representante do empregador	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05. Designação de trabalhadores responsáveis pelas actividades de 1.º socorro, combate a incêndios e evacuação de trabalhadores	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06. Aquisição de equipamento de protecção individual (EPIs)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
99. Outras acções de consulta	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**4.3 Formação dos trabalhadores no domínio da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho**  
 Foram realizadas acções de formação? Sim  Não  (Caso responda 'Sim', preencha o quadro abaixo de acordo com as instruções de preenchimento)

Código da acção de formação	N.º de acções realizadas	N.º de participantes
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**5. Identificação, avaliação e controlo dos factores de risco**  
 (Caso responda 'Sim' a alguma das questões seguintes, preencha os respectivos quadros de acordo com as instruções de preenchimento)

**5.1 Foram identificados factores de risco físicos?** Sim  Não

Código do agente	N.º de trabalhadores expostos	N.º de avaliações efectuadas	Códigos das medidas de prevenção adoptadas
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**5.2 Foram identificados factores de risco químicos?** Sim  Não

Código EINECS (n.º CE)	Identificação do agente	Menção ou frase de risco	N.º trab. expostos	N.º avaliações efectuadas	Códigos das medidas de prevenção adoptadas
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**5.3 Foram identificados factores de risco biológicos?** Sim  Não

Código do agente	Identificação do agente	Classificação do agente	N.º trab. expostos	N.º avaliações efectuadas	Códigos das medidas de prevenção adoptadas
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**6.2 Foram realizados exames complementares?** Sim  Não  (Caso responda 'Sim', preencha o quadro abaixo)

Tipo de exame	N.º total de exames	Factor de risco
01. Hemograma	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02. Urina II	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03. Espirometria	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04. Raio X Tórax	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05. TAC (Tomografia Axial Computerizada)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06. Audiograma	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07. Biomarcadores	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08. Exame oftalmológico	<input type="text"/>	<input type="text"/>
99. Outros exames complementares	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**6.3 Foram realizadas acções de imunização?** Sim  Não  (Caso responda 'Sim', preencha o quadro abaixo)

Código da vacina	N.º de inocularções	N.º de trabalhadores
01. Tetano e Difteria	<input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>
02. Gripe	<input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>
03. Hepatite B	<input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>
04. Imunizações específicas	<input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>
99. Outras vacinas	<input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>

**6.4 Foram realizadas acções de promoção da Saúde no Trabalho?** Sim  Não  (Caso responda 'Sim', preencha o quadro abaixo de acordo com as instruções de preenchimento)

Código da actividade desenvolvida	N.º de acções de promoção realizadas	N.º de trabalhadores abrangidos
1.	<input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>
6.	<input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>

**V - ACIDENTES DE TRABALHO E DOENÇAS PROFissionais**

**I. Ocorreram acidentes de trabalho, no tempo de trabalho, com trabalhadores indicados no quadro I, questão 4.1.1?** Sim  Não   
 (Caso responda 'Sim', preencha o quadro abaixo)

**I.1 Número de acidentes de trabalho e de dias de trabalho perdidos com baixa, segundo o escalão de duração da baixa**  
 (não incluir neste item a informação referente aos acidentes de trajeto)

	Total	Inferior a 1 dia (sem dar lugar a baixa)	1 a 3 dias de baixa	4 a 30 dias de baixa	Superior a 30 dias de baixa	Mortal
N.º de acidentes de trabalho	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N.º de dias de trabalho perdidos	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**5.4 Foram identificados factores de risco relacionados com a actividade, capazes de originar alterações do sistema músculo-esquelético?** Sim  Não

Código do agente	N.º de trabalhadores expostos	N.º de avaliações efectuadas	Códigos das medidas de prevenção adoptadas
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**5.5 Foram identificados factores de risco Psicosociais e Organizacionais?** Sim  Não

Código do agente	N.º de trabalhadores expostos	N.º de avaliações efectuadas	Códigos das medidas de prevenção adoptadas
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**5.6 Foram identificados outros factores de risco para a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho?** Sim  Não

Código do agente	N.º de trabalhadores expostos	N.º de avaliações efectuadas	Códigos das medidas de prevenção adoptadas
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**6. Promoção e vigilância da saúde**

**6.1 Foram realizados exames de admissão, periódicos e/ou ocasionais?** Sim  Não  (Caso responda 'Sim', preencha o quadro abaixo)

	Total	Exames estáveis		
		Inferior a 18 anos	18 a 49 anos	50 e mais anos
Total de exames	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>
6.1.1 Total de exames de admissão	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>
6.1.2 Total de exames periódicos	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>
6.1.3 Total de exames ocasionais	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>
1. Mudança de posto de trabalho	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>
2. Alterações no posto de trabalho	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>
3. Regresso ao trab. após ausência superior a 30 dias	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>
4. Iniciativa do médico	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>
5. Pedido do trabalhador	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>
6. Acidente de trabalho	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>
7. Doença súbita	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>
8. Por cessação do contrato de trabalho	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>
9. Outras razões	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>

**I.2 Cálculo das taxas de frequência e gravidade dos acidentes de trabalho não mortais, segundo as fórmulas:**

1.2.1 Taxa de frequência:  $TF = (N.º \text{ de acidentes de trab.} / N.º \text{ horas efectivamente trabalhadas}) \times 1.000.000$  -

1.2.2 Taxa de gravidade:  $TG = (N.º \text{ de dias perdidos} / N.º \text{ horas efectivamente trabalhadas}) \times 1.000.000$  -

**2. Ocorreram acidentes de trabalho, no tempo de trabalho, com trabalhadores indicados no quadro I, questão 4.2?** Sim  Não   
 (Caso responda 'Sim', preencha o quadro abaixo)

**2.1 Número de acidentes de trabalho**  
 (não incluir neste item a informação referente aos acidentes de trajeto)

N.º de acidentes de trabalho	Total		Mortal
	H	M	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**2.2 Cálculo da taxa de incidência dos acidentes de trabalho totais e mortais, segundo as fórmulas:**

2.2.1 Taxa de incidência (Total AT):  $TIT = (N.º \text{ de AT Totais} / N.º \text{ total de trab. em 1 - 4.2}) \times 1.000$  -

2.2.2 Taxa de incidência (AT mortais):  $TIM = (N.º \text{ de AT mortais} / N.º \text{ total de trab. em 1 - 4.2}) \times 1.000$  -

**3. Taxa de incidência dos acidentes de trabalho totais e mortais ocorridos com os trabalhadores indicados no quadro I, questões 4.1.1 e 4.2**  
 (Caso tenha respondido 'Sim' a VI - 1 e ou VI - 2, preencha o quadro abaixo)

3.1 Taxa de incidência (Total AT):  $TIT = (N.º \text{ de AT Totais} / N.º \text{ total de trab. em 1 - 4.1.1 e 1 - 4.2}) \times 1.000$  -

3.2 Taxa de incidência (AT mortais):  $TIM = (N.º \text{ de AT mortais} / N.º \text{ total de trab. em 1 - 4.1.1 e 1 - 4.2}) \times 1.000$  -

**4. Doenças Profissionais de participação obrigatória**

**4.1 Foram participadas doenças no ano?** Sim  Não   
 (Caso responda 'Sim', preencha o quadro abaixo de acordo com as instruções de preenchimento)

	Factor de risco	Doença profissional	N.º de casos participados
1. Código:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>
Designação:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Código:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>
Designação:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Código:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>
Designação:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**4.2 Foram confirmadas doenças no ano?** Sim  Não   
 (Caso responda 'Sim', preencha o quadro abaixo de acordo com as instruções de preenchimento)

	Factor de risco	Doença profissional	N.º de casos confirmados
1. Código:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>
Designação:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Código:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>
Designação:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Código:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	H <input type="text"/> M <input type="text"/>
Designação:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**NÚMERO DE PÁGINAS ENTREGUES EM ANEXO:**

1. Número de exemplares do quadro 5.1

2. Número de exemplares do quadro 5.2

3. Número de exemplares do quadro 5.3

4. Número de exemplares do quadro 5.4

5. Número de exemplares do quadro 5.5

6. Número de exemplares do quadro 5.6

Assinatura do responsável pela entrega do Relatório Anual da Actividade do Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Relatório Anual da Actividade do Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho**  
(nos termos da Lei n.º 35/2004, de 29 de Julho)

Número de Identificação Fiscal (NIF) \_\_\_\_\_ Número de Identificação da Segurança Social (NISS) \_\_\_\_\_ Número do Estabelecimento \_\_\_\_\_ ANO A QUE RESPETA \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE EMPREGADORA / ESTABELECIMENTO

Nome \_\_\_\_\_  
Morada \_\_\_\_\_  
Localidade \_\_\_\_\_  
Código postal \_\_\_\_\_

**IV - ACTIVIDADE(S) DO(S) SERVIÇO(S) DE SEGURANÇA, HIGIENE E SAÚDE NO TRABALHO**  
**5.1 - FACTORES DE RISCO FÍSICO**

Código do agente	N.º de trabalhadores expostos	N.º de avaliações efectuadas	Códigos das medidas de prevenção adoptadas
1.	H M		
2.	H M		
3.	H M		
4.	H M		
5.	H M		
6.	H M		
7.	H M		
8.	H M		
9.	H M		
10.	H M		
11.	H M		
12.	H M		
13.	H M		
14.	H M		
15.	H M		
16.	H M		
17.	H M		
18.	H M		
19.	H M		
20.	H M		
21.	H M		
22.	H M		
23.	H M		
24.	H M		
25.	H M		
26.	H M		
27.	H M		
28.	H M		

Numero sequencialmente as páginas que preencher de acordo com o exemplo: \_\_\_\_\_ (página 01 de 10 páginas) Número de páginas \_\_\_\_\_

**MODELO Nº 1940 - A (1)**

**Relatório Anual da Actividade do Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho**  
(nos termos da Lei n.º 35/2004, de 29 de Julho)

Número de Identificação Fiscal (NIF) \_\_\_\_\_ Número de Identificação da Segurança Social (NISS) \_\_\_\_\_ Número do Estabelecimento \_\_\_\_\_ ANO A QUE RESPETA \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE EMPREGADORA / ESTABELECIMENTO

Nome \_\_\_\_\_  
Morada \_\_\_\_\_  
Localidade \_\_\_\_\_  
Código postal \_\_\_\_\_

**IV - ACTIVIDADE(S) DO(S) SERVIÇO(S) DE SEGURANÇA, HIGIENE E SAÚDE NO TRABALHO**  
**5.3 - FACTORES DE RISCO BIOLÓGICOS**

Código do agente	Identificação do agente	Classificação do agente	N.º de trabalhadores expostos	N.º de avaliações efectuadas	Códigos das medidas de prevenção adoptadas
1.			H M		
2.			H M		
3.			H M		
4.			H M		
5.			H M		
6.			H M		
7.			H M		
8.			H M		
9.			H M		
10.			H M		
11.			H M		
12.			H M		
13.			H M		
14.			H M		
15.			H M		
16.			H M		
17.			H M		
18.			H M		
19.			H M		
20.			H M		
21.			H M		
22.			H M		
23.			H M		
24.			H M		
25.			H M		
26.			H M		
27.			H M		
28.			H M		

Numero sequencialmente as páginas que preencher de acordo com o exemplo: \_\_\_\_\_ (página 01 de 10 páginas) Número de páginas \_\_\_\_\_

**MODELO Nº 1940 - B (1)**

**Relatório Anual da Actividade do Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho**  
(nos termos da Lei n.º 35/2004, de 29 de Julho)

Número de Identificação Fiscal (NIF) \_\_\_\_\_ Número de Identificação da Segurança Social (NISS) \_\_\_\_\_ Número do Estabelecimento \_\_\_\_\_ ANO A QUE RESPETA \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE EMPREGADORA / ESTABELECIMENTO

Nome \_\_\_\_\_  
Morada \_\_\_\_\_  
Localidade \_\_\_\_\_  
Código postal \_\_\_\_\_

**IV - ACTIVIDADE(S) DO(S) SERVIÇO(S) DE SEGURANÇA, HIGIENE E SAÚDE NO TRABALHO**  
**5.2 - FACTORES DE RISCO QUÍMICOS**

Código EINECS (n.º CE)	Identificação do agente	Menção ou frase de risco	N.º de trabalhadores expostos	N.º de avaliações efectuadas	Códigos das medidas de prev. adoptadas
1.			H M		
2.			H M		
3.			H M		
4.			H M		
5.			H M		
6.			H M		
7.			H M		
8.			H M		
9.			H M		
10.			H M		
11.			H M		
12.			H M		
13.			H M		
14.			H M		
15.			H M		
16.			H M		
17.			H M		
18.			H M		
19.			H M		
20.			H M		
21.			H M		
22.			H M		
23.			H M		
24.			H M		
25.			H M		
26.			H M		
27.			H M		
28.			H M		
29.			H M		

Numero sequencialmente as páginas que preencher de acordo com o exemplo: \_\_\_\_\_ (página 01 de 10 páginas) Número de páginas \_\_\_\_\_

**MODELO Nº 1940 - A (2)**

**Relatório Anual da Actividade do Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho**  
(nos termos da Lei n.º 35/2004, de 29 de Julho)

Número de Identificação Fiscal (NIF) \_\_\_\_\_ Número de Identificação da Segurança Social (NISS) \_\_\_\_\_ Número do Estabelecimento \_\_\_\_\_ ANO A QUE RESPETA \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE EMPREGADORA / ESTABELECIMENTO

Nome \_\_\_\_\_  
Morada \_\_\_\_\_  
Localidade \_\_\_\_\_  
Código postal \_\_\_\_\_

**IV - ACTIVIDADE(S) DO(S) SERVIÇO(S) DE SEGURANÇA, HIGIENE E SAÚDE NO TRABALHO**  
**5.4 - FACTORES DE RISCO RELACIONADOS COM A ACTIVIDADE, CAPAZES DE ORIGINAR ALTERAÇÕES DO SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO**  
**5.5 - FACTORES DE RISCO PSICOSSOCIAIS E ORGANIZACIONAIS**  
**5.6 - OUTROS FACTORES DE RISCO PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO**

Identificação do Fator de Risco a que se refere a resposta usando folhas distintas para os diferentes factores (5.4, 5.5 ou 5.6):  
Fator de risco: \_\_\_\_\_ Continuação do quadro número:   5  

Código do agente	N.º de trabalhadores expostos	N.º de avaliações efectuadas	Códigos das medidas de prevenção adoptadas
1.	H M		
2.	H M		
3.	H M		
4.	H M		
5.	H M		
6.	H M		
7.	H M		
8.	H M		
9.	H M		
10.	H M		
11.	H M		
12.	H M		
13.	H M		
14.	H M		
15.	H M		
16.	H M		
17.	H M		
18.	H M		
19.	H M		
20.	H M		
21.	H M		
22.	H M		
23.	H M		
24.	H M		
25.	H M		
26.	H M		

Numero sequencialmente as páginas que preencher de acordo com o exemplo: \_\_\_\_\_ (página 01 de 10 páginas) Número de páginas \_\_\_\_\_

**MODELO Nº 1940 - B (2)**