

RELATÓRIO ÚNICO 2025 – ANEXO D
Pedido de Dados (Dados Relativos ao Ano de 2024)

No âmbito da obrigatoriedade do preenchimento do relatório único e sua entrega à Autoridade de Condições do Trabalho, alertamos para o preenchimento deste formulário. O mesmo deve ser preenchido e reenviado para a Medinova seguindo as instruções que constam na circular enviada.

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE EMPREGADORA (SEDE)

Nome			
Morada			
Código Postal			
Nº Contribuinte	Designação		N.º Segurança Social
CAE	Designação		N.º Estabelecimentos

Caso a sua empresa tenha mais do que um estabelecimento, deve preencher um formulário por cada um dos estabelecimentos.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Nome			
Morada			
Código Postal			
Nº Contribuinte	Designação		N.º Segurança Social
CAE	Designação		

I – ESTABELECIMENTO

1. Número médio de trabalhadores afectos ao estabelecimento no ano 2024	Total	Homens	Mulheres
1.1 A trabalhar no estabelecimento (inclusive entidade patronal se pertencente ao quadro da empresa)			
1.2 A trabalhar fora do estabelecimento			
1.2.1 Trabalhadores temporários cedidos por contrato de utilização			
1.2.2 Trabalhadores em regime de cedência			
1.2.3 Outros trabalhadores (em regime de teletrabalho ou trabalhadores no domicílio)			
2. Outros trabalhadores a trabalhar no estabelecimento			
2.1 Trabalhadores temporários cedidos por contrato de utilização			
2.2 Trabalhadores independentes e trabalhadores ao serviço de empresas prestadoras de serviços			
2.3 Trabalhadores em regime de cedência ocasional			
3. Número total de horas efetivamente trabalhadas (incluindo as suplementares) durante o ano, pelos trabalhadores declarados.			

Para calcular as horas: nº horas/mês = nº dias trabalhados no mês x nº horas diárias de trabalho x nº trabalhadores desse mês. Calcular desta forma, para todos os meses do ano, somando tudo no final. A este valor retirar as horas a faltas, dias úteis perdidos devido a acidentes de trabalho, férias, feriado e pontes.

II – ATIVIDADE (S) DO (S) SERVIÇO (S) DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO

1.1. Foram realizadas ações de informação?¹ Sim Não

Se sim:	Situação contemplada	Nº de ações realizadas	Nº de destinatários

1.2. Foram realizadas ações de consulta?² Sim Não

Se sim:	Razão da consulta	Nº de ações realizadas	Nº de participantes

1.2. Foram realizadas ações de Formação?³ Sim Não

Se sim:	Tema da formação	Nº de ações realizadas	Nº de participantes
		H:	M:
		H:	M:

2. Nome do representante do empregador para o acompanhamento dos serviços: _____

¹ O empregador deve informar os trabalhadores sobre os aspetos relevantes para a proteção da sua segurança e saúde e a de terceiros.

² O empregador deve consultar em tempo útil os representantes dos trabalhadores, ou os próprios trabalhadores, sobre a preparação e aplicação das medidas de prevenção.

³ O empregador deve assegurar formação adequada, que habilite os trabalhadores a prevenir os riscos associados à respetiva atividade.

II – ATIVIDADE (S) DO (S) SERVIÇO (S) DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO

3. Foram realizadas inspeções (por exemplo: preenchimento registo de manutenção e verificação do ar condicionado, reparação de máquinas/equipamentos, verificação do compressor...)? Sim Não
4. Quantos trabalhadores estão afetos à organização da estrutura interna de 1ºs socorros, combate a incêndios e evacuação de instalações?

III – ACIDENTES DE TRABALHO

1. Ocorreram acidentes de trabalho, no tempo de trabalho, com trabalhadores indicados no quadro I, questão 1.1? Sim Não

		Inferior a 1 dia (sem baixa)	1 a 3 dias	4 a 30 dias	Superior a 30 dias	Mortal
N.º Acidentes de Trabalho (AT) ocorridos em 2024	Homens					
	Mulheres					
N.º dias de trabalho perdidos na sequência de AT	Homens					
	Mulheres					
N.º dias de trabalho perdidos em 2024, na sequência de acidentes ocorridos em anos anteriores	Homens					
	Mulheres					

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

N.º Acidentes de Trabalho (AT) ocorridos em 2024		Total	Não Mortal	Mortal
	Homens			
	Mulheres			

IV – DOENÇAS PROFISSIONAIS

1. Foram participadas doenças no ano? Sim Não

Código da doença	Designação da doença	N.º casos participados
		H: M:

2. Foram confirmadas doenças no ano? Sim Não

Código da doença	Designação da doença	N.º casos participados
		H: M:

V – SAÚDE NO TRABALHO

(A preencher só pelas empresas que não tenham os serviços de Medicina no Trabalho com a Medinova Lda.)

Médico do Trabalho:		CP	
Diretor/Responsável dos Serviços de Saúde:		NIF	
No caso dos Serviços Externos, indicar denominação e número de identificação fiscal da (s) entidade (s) prestadora (s):			
Denominação		NIF	

- 1.1 Foram realizados exames? Sim Não

	<18 Anos		18 – 19		19 – 49		> 50	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Admissão								
Periódicos								
Ocasional (por outras razões)								

(Para exames ocasionais refira o motivo)

- 1.2 Foram realizados exames complementares? Sim Não

Quais? _____

- 1.3 Foram realizadas acções de imunização? Sim Não

- 1.4 Foram realizadas acções de promoção da Saúde no Trabalho? Sim Não

Nome de Utilizador e Palavra-chave (password) de acesso ao Gep: _____

Ou

Criação da Delegação à Medinova Sim Não

O formulário deverá ser enviado ou entregue para os seguintes contactos:

Medinova Lda.

Avenida S. Miguel | Edifício S. Miguel

4575-291 Paredes (PNF)

Telf: 255 613 431

Email:

anexod@medinova.pt

