



SEGURANÇA SOCIAL

**PROTEÇÃO NA DOENÇA PROFISSIONAL**  
**REQUERIMENTO DE PRESTAÇÕES POR MORTE <sup>(1)</sup>**  
**ANEXO**

**1 IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO FALECIDO**

N.º de Identificação de Segurança Social  Data de nascimento  ano  mês  dia

Nome completo

**2 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE EMPREGADORA / ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO FALECIDO**

Nome da entidade empregadora

Morada

Localidade

Código postal  -

País

Profissão/atividade exercida  Período de trabalho de  ano  mês  dia a  ano  mês  dia

Tarefas executadas

Designação do posto de trabalho

Sujeito a riscos de

Produtos com que trabalhou

A doença profissional foi contraída /agravada na entidade empregadora acima indicada?  Sim  Não

**Se respondeu Sim**, passe ao preenchimento do **quadro 5** e seguintes.

Exerceu outras profissões /atividades?  Sim  Não **Se respondeu Sim**, preencha, também, o Mod. GDP 15-DGSS

**3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE EMPREGADORA ONDE FOI CONTRAÍDA A DOENÇA PROFISSIONAL/ ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO FALECIDO**

Nome da entidade empregadora

Morada

Localidade

Código postal  -

País

Profissão/atividade exercida  Período de trabalho de  ano  mês  dia a  ano  mês  dia

Tarefas executadas

Designação do posto de trabalho

Sujeito a riscos de

Produtos com que trabalhou

A doença profissional foi agravada na entidade empregadora acima indicada?  Sim  Não

**Se respondeu Sim**, passe ao preenchimento do **quadro 5** e seguintes.

(1) A preencher no caso de não ter sido reconhecida doença profissional ao beneficiário.

4

**IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE EMPREGADORA ONDE FOI AGRAVADA A DOENÇA PROFISSIONAL / ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO FALECIDO**

Nome da entidade empregadora \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_

Profissão /atividade exercida \_\_\_\_\_ Período de trabalho de \_\_\_\_\_ ano \_\_\_\_\_ mês \_\_\_\_\_ dia a \_\_\_\_\_ ano \_\_\_\_\_ mês \_\_\_\_\_ dia

Tarefas executadas \_\_\_\_\_

Designação do posto de trabalho \_\_\_\_\_

Sujeito a riscos de \_\_\_\_\_

Produtos com que trabalhou \_\_\_\_\_

5

**OUTROS ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO FALECIDO**

Era titular de pensões concedidas por outro sistema de proteção social?  Sim  Não

**Se respondeu Sim**, preencha o quadro seguinte:

Natureza da pensão	Data de atribuição			Entidade que a concede ou requereu a pensão
	ano	mês	dia	
Acidente de trabalho com desvalorização de _____ %				
Segurança Social estrangeira				
Função pública				
Outra				

Encontra-se em curso alguma ação judicial por acidente de trabalho ou doença profissional?  Sim  Não

**Se respondeu Sim**, preencha o quadro seguinte:

Nome do Tribunal de Trabalho	Juízo	Secção	N.º de Processo

6

**CERTIFICAÇÃO DO REQUERENTE <sup>(2)</sup>**

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

\_\_\_\_\_ ano \_\_\_\_\_ mês \_\_\_\_\_ dia \_\_\_\_\_  
 (Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido)

**(2)** Identificado no **quadro 2** do Mod. GDP 17-DGSS.

**Os dados constantes deste documento são registados no Sistema de Informação da Segurança Social. Poderá consultar pessoalmente a informação que lhe diz respeito, bem como solicitar a sua correção.**

**As falsas declarações são punidas nos termos da lei.**