SEGURANÇA SOCIAL

Proteção na Doença Profissional

Requerimento de Incapacidade Permamente para o Trabalho

Guia prático

◯ 1º Pedido ◯ Revisão do Pedido ◯ Diagnóstico e Caraterização da Doença Profissional (Função Pública)

1 Dados do requerente

Nome completo

Indique o sistema de proteção social que o abrange:

◯ Segurança Social — N.º de Identificação de Segurança Social

◯ Caixa Geral de Aposentações — N.º de Subscritor da CGA

N.º de Identificação Fiscal

Data de nascimento (ano - mês - dia)

Nacionalidade

Morada

Localidade

Código Postal -

Concelho

Distrito

País

Telemóvel ou telefone

E-mail

2 Dados da atividade profissional

(Preencher no caso de 1º pedido e de diagnóstico e caraterização da doença profissional)

2.1. Entidade empregadora atual

Nome

N.º de Identificação de Segurança Social

País

Morada

Localidade

Código Postal -

Profissão

Período de trabalho de (ano - mês - dia) a (ano - mês - dia)

Tarefas desempenhadas

Posto de trabalho

Riscos a que está ou esteve sujeito/produtos com os quais trabalha ou trabalhou

Se a doença profissional foi contraída e/ou agravada nesta entidade empregadora, passe para o quadro 3.

Exerceu outras profissões/atividades? ◯ Sim ◯ Não

Se respondeu **sim**, preencha também a Declaração da Atividade Profissional Exercida - GDP 15.

Dados da atividade profissional (continuação)

(Preencher no caso de 1º pedido e de diagnóstico e caraterização da doença profissional)

2

2.2. Entidade empregadora onde foi contraída/agravada a doença profissional

Nome

N.º de Identificação de Segurança Social

País

Morada

Localidade

Código Postal -

Profissão

Período de trabalho
de - - a - -
ano mês dia ano mês dia

Tarefas desempenhadas

Posto de trabalho

Riscos a que esteve sujeito/produtos com os quais trabalhou

Se a doença profissional foi contraída e/ou agravada nesta entidade empregadora, passe para o quadro 3.

2.3. Entidade empregadora onde foi agravada a doença profissional

Nome

N.º de Identificação de Segurança Social

País

Morada

Localidade

Código Postal -

Profissão

Período de trabalho
de - - a - -
ano mês dia ano mês dia

Tarefas desempenhadas

Posto de trabalho

Riscos a que esteve sujeito/produtos com os quais trabalhou

Dados do serviço de saúde que lhe presta ou prestou assistência

(Preencher no caso de 1º pedido e de diagnóstico e caraterização da doença profissional)

3

Nome do estabelecimento de saúde:

Recorreu a serviços hospitalares por motivo de doença profissional? ◯ Sim ◯ Não

Se respondeu **sim**, indique: ☐ Internamento ☐ Urgência ☐ Consulta de especialidade ☐ Tratamento

Nome do estabelecimento hospitalar:

Períodos
de - - a - -
ano mês dia ano mês dia

de - - a - -
ano mês dia ano mês dia

4 Alteração da situação clínica ou profissional

(Preencher no caso de revisão do pedido)

Doença profissional que motiva o pedido de revisão:

Situação que motiva o pedido de revisão:

- ◯ Agravamento da situação clínica
- ◯ Alteração da situação profissional após mudança de:
  - ◯ Posto ou ambiente de trabalho ◯ Profissão ◯ Empresa
  - ◯ Riscos de trabalho ◯ Produtos manuseados
- ◯ Outras alterações relevantes:

5 Outros elementos

(Preencher no caso de 1º pedido e de diagnóstico e caraterização da doença profissional)

É titular de pensões atribuídas por outro sistema de proteção social? ◯ Sim ◯ Não

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

Natureza da pensão	Data de atribuição	Entidade que atribui a pensão ou onde a pediu
Acidente de trabalho com desvalorização de _____ %	- -	
Doença profissional com desvalorização de _____ %	- -	
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:

Comarca	Tribunal/Ministério Público	Juízo/Secção	N.º de Processo

6 Declarações

Declaro que a informação que prestei é completa e verdadeira.

Compreendo que devo comunicar à Segurança Social qualquer alteração da informação prestada, **no prazo de 10 dias úteis** a contar da data da sua verificação.

Tenho conhecimento que:

- a Segurança Social pode consultar a minha informação fiscal para confirmar os rendimentos declarados (Decreto-Lei n.º 92/2004, de 20 de abril);
- as falsas declarações são punidas nos termos da lei.

Data

- -
ano mês dia

Assinatura

Assinatura do requerente ou de outra pessoa a seu rogo (assinatura de outra pessoa quando o requerente não pode ou não sabe assinar) conforme documento de identificação válido.

7 Informações

Documentos a apresentar

- Participação Obrigatória/Parecer Clínico - GDP 13, que se encontra disponível em www.seg-social.pt/formularios
- Cópia dos exames médicos complementares de diagnóstico que comprovem a doença profissional.

Local de entrega

O requerimento e os documentos obrigatórios que o acompanham devem ser entregues ou enviados pelo correio para um Serviço da Segurança Social.

Conta bancária

O pagamento de todas as prestações/subsídios ou pensões que recebe ou que venha a receber será efetuado para o IBAN (Número Internacional de Conta Bancária) registado no sistema de informação da Segurança Social.

Se ainda não registou o IBAN ou se o pretender atualizar poderá fazê-lo:

- pela Internet, na Segurança Social Direta em www.seg-social.pt
- nos Serviços de Atendimento da Segurança Social entregando o Requerimento de Registo ou Alteração de IBAN – MG 14. O formulário encontra-se disponível em www.seg-social.pt

Se o IBAN registado estiver incorreto ou se não tiver IBAN registado, o pagamento de todas as prestações/subsídios ou pensões que recebe ou que venha a receber será efetuado para a modalidade de pagamento que estiver registada no sistema de informação da Segurança Social.

Proteção de dados

Os dados pessoais recolhidos serão objeto de tratamento pelos serviços da Segurança Social (Instituto da Segurança Social, I.P., Instituto da Segurança Social dos Açores, I.P.R.A. e Instituto de Segurança Social da Madeira, I.P.RAM) e serão conservados pelo prazo necessário para cumprir a finalidade a que se destinam.
Os serviços da Segurança Social comprometem-se a proteger os seus dados pessoais e a cumprir as suas obrigações no âmbito da proteção de dados.
Para mais informações sobre a proteção de dados consulte o site da Segurança Social em www.seg-social.pt

A preencher pela Segurança Social

Confirmo que a assinatura do/a ◯ **Requerente** ◯ **Pessoa que assinou a rogo** está em conformidade com o seguinte documento de identificação:

◯ Cartão de Cidadão ◯ Bilhete de Identidade ◯ Passaporte ◯ Outro _____

Número _____

Validade ____ - ____ - ____
ano mês dia

Assinatura e carimbo