



SEGURANÇA SOCIAL

PROTEÇÃO NA DOENÇA PROFISSIONAL

PENSÃO POR INCAPACIDADE PERMANENTE PARA O TRABALHO REQUERIMENTO

Pensão Inicial Revisão da Pensão Diagnóstico e Caracterização da Doença Profissional (Função Pública)

Antes de preencher leia com atenção as informações

1 IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (A preencher em todas as situações)

Sistema de proteção social que o abrange: Segurança Social Caixa Geral de Aposentações

Número de Identificação de Segurança Social / Número de Subscritor

Nome completo

Data de nascimento ano mês dia Número de Identificação Fiscal

Nacionalidade

Morada

Localidade

Código postal -

País

Telemóvel / Telefone _____ Fax _____ E-mail _____

2 IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE PROFISSIONAL

(A preencher no caso de pensão inicial e de diagnóstico e caracterização da doença profissional)

2.1 Identificação da entidade empregadora atual

Nome da entidade empregadora

Número de Identificação de Segurança Social

Morada

Localidade

Código postal -

País

Profissão _____ 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 trabalha/trabalhou _____

Se a doença profissional foi contraída e/ou agravada nesta entidade empregadora, passe ao preenchimento do **quadro 3**.

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

(continua na pág. seguinte)

2**IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE PROFISSIONAL** (continuação)

(A preencher no caso de pensão inicial e de diagnóstico e caracterização da doença profissional)

2.2 Identificação da entidade empregadora onde foi contraída / agravada a doença profissional

Nome da entidade empregadora _____

Número de Identificação de Segurança Social _____

Morada _____

Localidade _____

Código postal _____ - _____

País _____

Profissão _____ Período de trabalho de _____ a _____
ano mês dia ano mês dia

Tarefas executadas _____

Designação do posto de trabalho _____

Sujeito a riscos de _____

Produtos com que trabalhou _____

Se a doença profissional foi contraída ou agravada nesta entidade empregadora, passe ao preenchimento do **quadro 3**.

2.3 Identificação da entidade empregadora onde foi agravada a doença profissional

Nome da entidade empregadora _____

Número de Identificação de Segurança Social _____

Morada _____

Localidade _____

Código postal _____ - _____

País _____

Profissão _____ Período de trabalho de _____ a _____
ano mês dia ano mês dia

Tarefas executadas _____

Designação do posto de trabalho _____

Sujeito a riscos de _____

Produtos com que trabalhou _____

3**IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE QUE LHE PRESTA OU PRESTOU ASSISTÊNCIA**

(A preencher no caso de pensão inicial e de diagnóstico e caracterização da doença profissional)

Nome _____

Morada _____

Localização: Área da residência Zona de trabalho 2.ª residência Outra

Médico: Particular Família Trabalho Outro

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

Se respondeu **Sim**, indique: Internamento Urgência Consulta de especialidade Tratamentos Outro

Nome do estabelecimento hospitalar: _____

Período de _____ a _____
ano mês dia ano mês dia

Período de _____ a _____
ano mês dia ano mês dia

4 ALTERAÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA OU PROFISSIONAL (A preencher no caso de revisão da pensão)

Doença profissional que motiva o pedido de revisão da pensão _____

Situação que motiva o pedido de revisão da pensão:

Alteração da sua situação clínica por agravamento das perturbações

Alteração da situação profissional em resultado de:

Mudança de: Posto ou ambiente de trabalho Profissão Empresa

Alteração dos: Riscos de trabalho Produtos manuseados

Outros fatores relevantes _____

5 OUTROS ELEMENTOS (A preencher no caso de pensão inicial e de diagnóstico e caracterização da doença profissional)

É 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 concede a pensão ou onde a requereu
	ano	mês	dia	
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:

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

6 MODO DE PAGAMENTO (A preencher no caso de pensão inicial)

A prestação pode ser paga por depósito em conta bancária, para o que deve indicar o Número Internacional de Conta Bancária (IBAN).

Na falta deste elemento ou indicação incorreta do IBAN será utilizado outro meio de pagamento.

7 CERTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (A preencher em todas as situações)

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

Tomei conhecimento de que devo comunicar, ao Departamento de Proteção contra os Riscos Profissionais, qualquer alteração da informação prestada, **no prazo de 10 dias úteis** a contar da data da sua verificação.

ano mês dia

(Assinatura do beneficiário ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido)

8 INFORMAÇÕES

Documentos a apresentar

Modelo de Participação Obrigatória de presumível diagnóstico de doença profissional, no caso de Pensão Inicial ou Diagnóstico e Caracterização da Doença Profissional.

Modelo com o parecer clínico, no caso de Revisão da Pensão.

Documento comprovativo do IBAN, passado pela instituição bancária, no caso de pretender o pagamento por depósito em conta bancária.

Local de entrega

O requerimento e os documentos obrigatórios que o acompanham devem ser apresentados nos serviços da Segurança Social.

Os dados pessoais apresentados serão objeto de tratamento pelos serviços competentes 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, IP-RAM) para os fins a que se destina o presente formulário e serão conservados pelo prazo estritamente necessário à prossecução desses fins.

Os referidos 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 portal da Segurança Social em www.seg-social.pt

As falsas declarações são punidas nos termos da lei