



Requerimento de Proteção na Doença Profissional

- 1º Pedido Revisão do Pedido Diagnóstico e Caracterização da Doença Profissional (Subscritor da CGA)

! Para que o seu pedido seja tratado de forma mais rápida, faça-o na Segurança Social Direta em www.seg-social.pt.
O requerimento e os elementos clínicos serão digitalizados e registados por via eletrónica pelos serviços da Segurança Social.
Os documentos originais serão entregues ao requerente e deverão ser guardados por este.

Dados do requerente

1

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 Nacionalidade

Morada

Localidade Código Postal

Concelho Distrito País

Telemóvel ou telefone E-mail

Dados da atividade profissional

(Preencher no caso de ter indicado acima 1º Pedido ou Diagnóstico e Caracterização da Doença Profissional)

2.1. Entidade empregadora atual

2

Nome

N.º de Identificação de Segurança Social País

Morada

Localidade Código Postal

Profissão Período de trabalho

Tarefas desempenhadas

Posto de trabalho

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

2

Dados da atividade profissional (continuação)

(Preencher no caso de ter indicado acima 1º Pedido ou Diagnóstico e Caracterização da Doença Profissional)

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.

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

3

Dados do serviço de saúde que lhe presta ou prestou assistência

(Preencher no caso de ter indicado acima 1º Pedido ou Diagnóstico e Caracterização da Doença Profissional)

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 ter indicado 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

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

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.

Comprometo-me a comunicar à Segurança Social no prazo de 10 dias úteis as alterações às informações que prestei.

6

Declarações (continuação)

Declaro que a informação que prestei é completa e verdadeira.

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, preenchido, datado e assinado pelo médico.
- ▶ Cópia dos exames médicos complementares de diagnóstico que comprovem a doença profissional.



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:

- ▶ Na Segurança Social Direta em www.seg-social.pt.
- ▶ Nos Serviços de Atendimento da Segurança Social entregando o Requerimento de Registo ou Alteração do IBAN - MG 14.

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.



Formulários

Os formulários estão disponíveis na Segurança Social Direta em www.seg-social.pt e nos Serviços de Atendimento.



Local de entrega

Se optar pela entrega em suporte de papel, o requerimento pode ser preenchido informaticamente e entregue ou enviado pelo correio para um Serviço da Segurança Social, junto com os documentos obrigatórios que o acompanham.

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 a Segurança Social Direta 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