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 instruções de preenchimento e 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 NISS/N.º de Subscritor

Nome completo

N.º Identificação Fiscal Código do Serviço de Finanças

Data de nascimento (ano / mês / dia) Nacionalidade

Morada

Código postal -

Localidade

Freguesia Concelho

Distrito Viseu País

Telefone 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

N.º de Identificação de Segurança Social

Morada

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

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

Nome da entidade empregadora

N.º de Identificação de Segurança Social

(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 (continuação)

Morada

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 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

N.º de Identificação de Segurança Social

Morada

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 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 ___ ano ___ mês ___ dia a ___ ano ___ mês ___ dia

_____ Período de ___ ano ___ mês ___ dia a ___ 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 _____

(continua na pág. seguinte)

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 (ano mês dia)	Entidade que concede a pensão ou onde a requereu
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 de Identificação Bancária (NIB).

Na falta deste elemento ou indicação incorreta do NIB 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 Centro Nacional 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 civil 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 NIB, 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 constantes deste documento serão objeto de registo informático na base de dados 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.