



SEGURANÇA SOCIAL

**PROTEÇÃO NA DOENÇA PROFISSIONAL**  
**PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA / PARECER CLÍNICO**

**1. ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO**

Nome completo  
N.º de Identificação da Segurança Social / N.º de Subscritor da CGA  
Data de nascimento  
Morada  
Profissão / Trabalho desempenhado

**2. IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO**

Nome completo  
Cédula Profissional n.º emitida pela Ordem dos Médicos  
Local de exercício da atividade clínica

**3. INFORMAÇÃO CLÍNICA COMPLEMENTAR**

**3.1 Participação Obrigatória (artigo 142.º da Lei n.º 98 / 2009 de 4 de setembro)**  
(A preencher no caso de suspeita fundamentada de doença profissional)

Doença profissional presumível (pré-diagnóstico) / Diagnóstico provisório

Riscos a que está sujeito ou produtos com que trabalha nocivos à saúde

Observações consideradas úteis

**3.2 Parecer / Relatório sobre a Doença Profissional (artigos 97.º, 138.º e 146.º da Lei n.º 98 / 2009 de 4 de setembro)**

--

**4. CERTIFICAÇÃO DO MÉDICO**

Vinheta do médico	
	Data    /    /    _____
	(Assinatura do médico)

**5. INFORMAÇÕES**

Este formulário deve ser:

- **acompanhado de fotocópia dos exames médicos complementares de diagnóstico** que estiveram na base da doença profissional diagnosticada;
- **entregue** em qualquer Serviço de Atendimento da Segurança Social ou diretamente no Departamento de Proteção contra os Riscos Profissionais do Instituto da Segurança Social, I.P., **no prazo de 8 dias**, a contar da data do diagnóstico ou da presunção da existência de doença profissional.