



SEGURANÇA SOCIAL

## PARECER CLÍNICO ANEXO\*

1.	IDENTIFICAÇÃO													
Nome Completo _____														
N.º Beneficiário <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>														

2.	DADOS CLÍNICOS
Parecer do médico :	
_____/_____/_____ Vinheta do médico	
_____ (Nome legível do médico)	
_____ (Assinatura do médico)	
ESTE PARECER PODE SER ACOMPANHADO DOS ELEMENTOS QUE O MÉDICO JULGUE ÚTEIS AO PROCESSO	

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

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do beneficiário ou de outrem a seu rogo)

\* Este anexo deve acompanhar os seguintes requerimentos: Requerimento de revisão da pensão por incapacidade permanente por doença profissional; Requerimento de subsídio (para readaptação de habitação); Requerimento de prestação suplementar à pensão por doença profissional.

As falsas declarações serão punidas nos termos da lei

OS DADOS RECOLHIDOS SERÃO OBJECTO DE REGISTO INFORMÁTICO NOS FICHEIROS DO CNPRP  
OS INTERESSADOS PODERÃO ACEDER À INFORMAÇÃO QUE LHES DIZ RESPEITO E PROCEDER À SUA CORRECÇÃO