

## PROTECÇÃO 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 protecção social que o abrange:

Segurança Social    Caixa Geral de Aposentações   NISS/N.º de Subscritor

Nome completo

N.º de Identificação Fiscal    Código Repartição de Finanças

Data de Nascimento    Nacionalidade   
Ano   Mês   Dia

Morada

C. Postal  -

Localidade

Freguesia    Concelho

Distrito    País

Telefone    E-mail

### 2. Identificação da actividade profissional

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

#### 2.1. Identificação da entidade empregadora actual

Nome da entidade empregadora

Número de Identificação da Segurança Social

Morada

Profissão

Período de trabalho de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_   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/actividades?  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

Número de Identificação da Segurança Social

(continua no verso)

## 2.2. Identificação da entidade empregadora onde foi contraída/agravada a doença profissional (continuação)

Morada   
 País

Profissão

Período de trabalho de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 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 da Segurança Social

Morada   
 País

Profissão

Período de trabalho de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 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  2ª 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 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 factores relevantes \_\_\_\_\_

(continua na pág. seguinte)

