



SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL

REQUERIMENTO DE EXAME MÉDICO PARA DIAGNÓSTICO E CARACTERIZAÇÃO DE DOENÇA PROFISSIONAL NO ÂMBITO DA FUNÇÃO PÚBLICA

Exm^o. Senhor
Presidente do Conselho Directivo
do Centro Nacional de Protecção
contra os Riscos Profissionais

1. IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	
Nome Completo _____	
N.º. Beneficiário da ADSE <input type="text"/>	N.º. Subscritor CGA <input type="text"/>
Data de Nascimento <input type="text"/>	Bilhete de Identidade _____
Sexo : Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	Nacionalidade _____
Estado Civil _____	Data início da união de facto <input type="text"/>
N.º Identificação Fiscal <input type="text"/>	Cód. Repartição de Finanças <input type="text"/>
Morada _____	
Localidade _____	Código Postal <input type="text"/>
Distrito _____	
Concelho _____	Freguesia _____
Telefone _____	E-mail _____
Funcionário <input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Outra situação <input type="checkbox"/>	
Trabalha, em acumulação, por conta própria? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Tem, em acumulação, outra actividade por conta de outrem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	

2. SERVIÇO OU ORGANISMO EMPREGADOR	
2.1 IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO OU ORGANISMO EMPREGADOR	
Designação _____	
Morada _____	
Localidade _____	Código Postal <input type="text"/>
Distrito _____	Concelho _____
Freguesia _____	E-mail do Serviço / Organismo _____

2.2 ESTABELECIMENTO ONDE O TRABALHADOR EXERCE FUNÇÕES

Designação _____
Morada _____
Localidade _____ Código Postal _____
Distrito _____ Concelho _____
Freguesia _____ E-mail do Serviço / Organismo _____
Telefone _____

3.

ACTIVIDADE PROFISSIONAL

3.1 SERVIÇO ONDE SUPÕE TER CONTRAÍDO A DOENÇA PROFISSIONAL DE QUE SE JULGA AFECTADO

Designação _____
Morada _____
Localidade _____ Código Postal _____
Distrito _____ Concelho _____
Freguesia _____ Ministério _____
Esteve ao serviço de ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___ Trabalho executado _____
Carreira _____
Riscos a que esteve sujeito _____
Produtos com que trabalhou _____
E-mail do Serviço / Organismo _____

3.2 OUTRAS SITUAÇÕES PROFISSIONAIS

Já exerceu outras actividades, públicas ou privadas, ou integrou outra(s) carreira(s) na F. P.?

Sim Não Quais? _____

Se esteve ou está inscrito na Segurança Social, indique o Centro Distrital para onde descontou ou desconta _____

3.3 SERVIÇO OU ORGANISMO ONDE SUSPEITA TER-SE AGRAVADO A DOENÇA PROFISSIONAL

Designação _____
Morada _____
Localidade _____ Código Postal _____
Distrito _____ Concelho _____
Freguesia _____ Ministério _____
Esteve ao serviço de ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___ Trabalho executado _____
Carreira _____
Riscos a que esteve sujeito _____
Produtos com que trabalhou _____
E-mail do Serviço / Organismo _____

4.

INFORMAÇÃO DO SERVIÇO OU ORGANISMO EMPREGADOR

Confirmo os elementos declarados pelo trabalhador. (1)

___ / ___ / ___

(Assinatura e carimbo)

(1) Referir detalhadamente os riscos a que o trabalhador esteve sujeito e produtos com que trabalhou.

5.

OUTRAS DECLARAÇÕES**A PREENCHER NO CASO DE SER TITULAR DE OUTRAS PENSÕES DA C.G.A. OU OUTRAS**

Natureza da pensão	Data de atribuição	Entidade que a concede ou à qual foi requerida
- Acidente em serviço ou de trabalho		
Grau de desvalorização _____ %	<input type="text"/>	_____
- Doença profissional		
Grau de desvalorização _____ %	<input type="text"/>	_____
- Aposentação da Função Pública	<input type="text"/>	_____
- Segurança Social Portuguesa	<input type="text"/>	_____
- Segurança Social Estrangeira	<input type="text"/>	_____
- Outras	<input type="text"/>	_____

Se tem alguma acção pendente em tribunal por acidente de serviço ou trabalho ou doença profissional, indique:

Tribunal _____ Juízo _____ Secção _____ Nº. Processo _____

Tribunal _____ Juízo _____ Secção _____ Nº. Processo _____

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

___ / ___ / ___

(Assinatura do trabalhador ou de outrem a seu rogo)

NOTA: O anexo “Dados de Saúde (no âmbito da função pública)”, deve acompanhar este requerimento.

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**