

APLICAÇÃO DO REGIME DE REPARAÇÃO DE DOENÇA PROFISSIONAL (*)

Ministério: _____

Órgão/Serviço _____

DECISÃO PARA APLICAÇÃO DO DIREITO À REPARAÇÃO DE DOENÇA PROFISSIONAL E DESPACHO AUTORIZADOR DE DESPESAS

Face à (**)

- participação obrigatória de doença profissional
- documento médico de que consta o respectivo diagnóstico presuntivo

em anexo, apresentado em ____/____/____, **determino** que seja aplicado o regime previsto no D.L. 503/99, de 20.11, e **autorizo** as despesas dela resultantes.

_____, ____/____/____

A entidade empregadora

Face à comunicação do CNPRP recebida em ____/____/____, (**)

- que caracteriza a doença profissional, **confirmo** a continuação da aplicação do regime e **autorizo as despesas dela resultantes**
- que não confirma a doença profissional, **determino a cessação da aplicação do regime a partir daquela data**, sem prejuízo de todos os efeitos produzidos até à mesma

_____, ____/____/____

A entidade empregadora

ORGÃO/SERVIÇO:

Identificação

Endereço

Estabelecimento onde o trabalhador exerce funções

Telefone

Fax

TRABALHADOR:

Nome completo

Data Nasc.

Nº Contrib.

Nacionalidade

Morada

Cód. Postal

Localidade

Telefone

Nomeado / Contratado/ Comissão de Serviço, com a categoria/cargo

(*) - Deve ser utilizado para o início da aplicação do regime, a partir do diagnóstico presuntivo e para a sua continuação desde a caracterização da doença profissional, se for o caso, ou para fazer cessar a aplicação do direito, a partir da data da não caracterização da mesma.

(**) - Escolher a opção adequada