



SEGURANÇA SOCIAL

Proteção na Doença Profissional



Guia prático

## Requerimento de Incapacidade Permanente para o Trabalho

- 1º Pedido    Revisão do Pedido    Diagnóstico e Caracterização da Doença Profissional (Função Pública)

### Dados do requerente

Nome completo

Indique o sistema de proteção social que o abrange:

Segurança Social   N.º de Identificação de Segurança Social

Caixa Geral de Aposentações   N.º de Subscritor da CGA

N.º de Identificação Fiscal

Data de nascimento

ano   mês   dia

Nacionalidade

Morada

Localidade

Código Postal

Concelho

Distrito

País

Telemóvel ou telefone

E-mail

### Dados da atividade profissional

(Preencher no caso de 1º pedido e de diagnóstico e caracterização da doença profissional)

#### 2.1. Entidade empregadora atual

Nome

N.º de Identificação de Segurança Social

País

Morada

Localidade

Código Postal

Profissão

Período de trabalho

de  -  -  a  -  -

ano   mês   dia   ano   mês   dia

Tarefas desempenhadas

Posto de trabalho

Riscos a que está ou esteve sujeito/produtos com os quais trabalha ou trabalhou

Se a doença profissional foi contraída e/ou agravada nesta entidade empregadora, passe para o [quadro 3](#).

Exerceu outras profissões/atividades?    Sim    Não

Se respondeu **sim**, preencha também a [Declaração da Atividade Profissional Exercida - GDP 15](#).

2

**Dados da atividade profissional** (continuação)

(Preencher no caso de 1º pedido e de diagnóstico e caracterização da doença profissional)

**2.2. Entidade empregadora onde foi contraída/agravada a doença profissional**

Nome

N.º de Identificação de Segurança Social

País

Morada

Localidade

Código Postal

Profissão

Período de trabalho

de  -  -  a  -  -

ano mês dia ano mês dia

Tarefas desempenhadas

Posto de trabalho

Riscos a que esteve sujeito/productos com os quais trabalhou

Se a doença profissional foi contraída e/ou agravada nesta entidade empregadora, passe para o [quadro 3](#).

**2.3. Entidade empregadora onde foi agravada a doença profissional**

Nome

N.º de Identificação de Segurança Social

País

Morada

Localidade

Código Postal

Profissão

Período de trabalho

de  -  -  a  -  -

ano mês dia ano mês dia

Tarefas desempenhadas

Posto de trabalho

Riscos a que esteve sujeito/productos com os quais trabalhou

3

**Dados do serviço de saúde que lhe presta ou prestou assistência**

(Preencher no caso de 1º pedido e de diagnóstico e caracterização da doença profissional)

Nome do estabelecimento de saúde

Recorreu a serviços hospitalares por motivo de doença profissional?  Sim  Não

Se respondeu **sim**, indique:  Internamento  Urgência  Consulta de especialidade  Tratamento

Nome do estabelecimento hospitalar

Períodos

de  -  -  a  -  -

ano mês dia ano mês dia

de  -  -  a  -  -

ano mês dia ano mês dia

## Alteração da situação clínica ou profissional

(Preencher no caso de revisão do pedido)

4

Doença profissional que motiva o pedido de revisão:

Situação que motiva o pedido de revisão:

- Agravamento da situação clínica
- Alteração da situação profissional após mudança de:
- Posto ou ambiente de trabalho    Profissão    Empresa
- Riscos de trabalho    Produtos manuseados
- Outras alterações relevantes:

## Outros elementos

(Preencher no caso de 1º pedido e de diagnóstico e caracterização da doença profissional)

5

É titular de pensões atribuídas por outro sistema de proteção social?  Sim  Não

Se respondeu **sim**, preencha o quadro seguinte:

Natureza da pensão	Data de atribuição	Entidade que atribui a pensão ou onde a pediu
Acidente de trabalho com desvalorização de _____ %	- -	
Doença profissional com desvalorização de _____ %	- -	
Função pública	- -	
Outra	- -	

Encontra-se em curso alguma ação judicial por acidente de trabalho ou doença profissional?  Sim  Não

Se respondeu **sim**, preencha o quadro seguinte:

Comarca	Tribunal/Ministério Público	Juízo/Secção	N.º de Processo

## Declarações

6

Tenho conhecimento que:

- ▶ a Segurança Social pode consultar a minha informação fiscal para confirmar os rendimentos declarados (*Decreto-Lei n.º 92/2004, de 20 de abril*);
- ▶ as falsas declarações são punidas nos termos da lei.

**Comprometo-me** a comunicar à Segurança Social qualquer alteração da informação prestada, **no prazo de 10 dias úteis** a contar da data da sua verificação.

**Declaro** que a informação que prestei é completa e verdadeira.

Data

-  -   
ano      mês      dia

Assinatura

Assinatura do requerente ou de outra pessoa a seu rogo (assinatura de outra pessoa quando o requerente não pode ou não sabe assinar) conforme documento de identificação válido.

## Informações

### Documentos a apresentar

- ▶ **Participação Obrigatória/Parecer Clínico - GDP 13**, que se encontra disponível em [www.seg-social.pt/formularios](http://www.seg-social.pt/formularios)
- ▶ Cópia dos exames médicos complementares de diagnóstico que comprovem a doença profissional.

### Local de entrega

O requerimento e os documentos obrigatórios que o acompanham devem ser entregues ou enviados pelo correio para um Serviço da Segurança Social.

### Conta bancária

O pagamento de todas as prestações/subsídios ou pensões que recebe ou que venha a receber será efetuado para o IBAN (Número Internacional de Conta Bancária) registado no sistema de informação da Segurança Social.

Se ainda não registou o IBAN ou se o pretender atualizar poderá fazê-lo:

- ▶ pela Internet, na Segurança Social Direta em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)
- ▶ nos Serviços de Atendimento da Segurança Social entregando o **Requerimento de Registo ou Alteração de IBAN – MG 14**. O formulário encontra-se disponível em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)

Se o IBAN registado estiver incorreto ou se não tiver IBAN registado, o pagamento de todas as prestações/subsídios ou pensões que recebe ou que venha a receber será efetuado para a modalidade de pagamento que estiver registada no sistema de informação da Segurança Social.

## Proteção de dados



Os dados pessoais recolhidos serão objeto de tratamento pelos serviços da Segurança Social (Instituto da Segurança Social, I.P., Instituto da Segurança Social dos Açores, I.P.R.A. e Instituto de Segurança Social da Madeira, I.P.-RAM) e serão conservados pelo prazo necessário para cumprir a finalidade a que se destinam.

Os serviços da Segurança Social comprometem-se a proteger os seus dados pessoais e a cumprir as suas obrigações no âmbito da proteção de dados.

Para mais informações sobre a proteção de dados consulte o site da Segurança Social em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)

## A preencher pela Segurança Social

Confirmo que a assinatura do/a  **Requerente**  **Pessoa que assinou a rogo** está em conformidade com o seguinte documento de identificação:

Cartão de Cidadão  Bilhete de Identidade  Passaporte  Outro

Número

Validade

 -  - 

ano      mês      dia

Assinatura e carimbo