



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

Exma. Senhora
Presidente do Conselho Directivo
do Centro Nacional de Protecção
contra os Riscos Profissionais

1. IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

Nome Completo _____

N.º Beneficiário da ADSE N.º Subscritor CGA

Data de Nascimento Bilhete de Identidade _____

Sexo : Masculino Feminino Nacionalidade _____

Estado Civil _____ Data inicio da união de facto

N.º Identificação Fiscal Cód. Repartição de Finanças

Morada _____

Localidade _____ Código Postal _____

Distrito _____

Concelho _____ Freguesia _____

Telefone _____ E-mail _____

Funcionário Agente Outra situação

Trabalha, em acumulação, por conta própria? Sim Não

Tem, em acumulação, outra actividade por conta de outrem? Sim Não

2. SERVIÇO OU ORGANISMO EMPREGADOR

2.1 IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO OU ORGANISMO EMPREGADOR

Designação _____

Morada _____

Localidade _____ Código Postal _____

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 _____ %	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											_____
- Doença profissional Grau de desvalorização _____ %	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											_____
- Aposentação da Função Pública	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											_____
- Segurança Social Portuguesa	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											_____
- Segurança Social Estrangeira	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											_____
- Outras	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											_____

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**