



SEGURANÇA SOCIAL

PROTEÇÃO NA DOENÇA PROFISSIONAL PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA / PARECER CLÍNICO

1. Elementos relativos ao beneficiário

Nome completo
N.º de Identificação da Segurança Social / N.º de Subscritor da CGA
Data de nascimento
Morada
Profissão / Trabalho desempenhado

2. Identificação do médico

Nome completo
Cédula Profissional n.º emitida pela Ordem dos Médicos
Local de exercício da atividade clínica

3. Informação clínica complementar

3.1 Participação Obrigatória (artigo 142.º da Lei n.º 98 / 2009 de 4 de setembro)

(A preencher no caso de suspeita fundamentada de doença profissional)

Doença profissional presumível (pré-diagnóstico) / Diagnóstico provisório

Riscos a que está sujeito ou produtos com que trabalha nocivos à saúde

Observações consideradas úteis

3.2 Parecer / Relatório sobre a Doença Profissional (artigos 97.º, 138.º e 146.º da Lei n.º 98 / 2009 de 4 de setembro)

--

4. Certificação do médico

Vinheta do médico	Data / / _____
	(Assinatura do médico)

Informações

Esta participação obrigatória / parecer clínico deve ser acompanhada de fotocópia dos exames médicos complementares de diagnóstico que estiveram na base da doença profissional diagnosticada e entregue nos serviços da Segurança Social da área da sua residência ou diretamente no Departamento de Proteção contra os Riscos Profissionais do Instituto da Segurança Social, I.P., **no prazo de 8 dias**, a contar da data do diagnóstico ou da presunção da existência de doença profissional.