



SEGURANÇA SOCIAL

PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA

(A preencher pelo médico que presuma a existência de doença profissional e a entregar no Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais)

1.	IDENTIFICAÇÃO											
Nome Completo _____												
Número de beneficiário ou subscritor												
Segurança Social <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>											ADSE / Outro	CGA
Morada _____												
Localidade _____	Código Postal	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							_____			
País _____	Distrito _____											
Concelho _____	Freguesia _____											
Posto de trabalho sujeito ao risco _____	Profissão _____											

2.	DOENÇA PROFISSIONAL
Doença profissional (diagnóstico ou suspeita fundamentada) _____ _____	
Riscos a que está sujeito ou produtos com que trabalha _____ _____	
Outras observações consideradas úteis _____ _____	

3.	EMPRESA / ORGANISMO DE RISCO								
Denominação Social _____									
Morada _____									
Localidade _____	Código Postal	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							_____
País _____	Distrito _____								
Concelho _____	Freguesia _____								

Vinheta do médico

(Nome legível do médico)

(Assinatura do médico)

___ / ___ / ___

As falsas declarações serão punidas nos termos da lei

**OS DADOS RECOLHIDOS SERÃO OBJECTO DE REGISTO INFORMÁTICO NOS FICHEIROS DO CNRP
OS INTERESSADOS PODERÃO ACEDER À INFORMAÇÃO QUE LHES DIZ RESPEITO E PROCEDER À SUA CORRECÇÃO**