

DECLARAÇÃO DE FORMALIDADES

Ministério

Organismo

O Organismo tem receitas próprias? SIM NÃO

Se SIM, estão afectas ao pagamento de despesas com acidentes em serviço e doenças profissionais? SIM NÃO

Em caso negativo, indicar a razão de não terem sido afectas:

Declaro que por despacho de _____, proferido em ____ / ____ / ____ no uso de competência, ⁽¹⁾ _____ foi autorizada a realização das despesas, até esta data verificadas, discriminadas na relação anexa, no montante de € _____, _____, decorrentes do **acidente em serviço/doença profissional** ⁽²⁾ ocorrido/diagnosticada ⁽²⁾ em ____ / ____ / ____ que afectou _____

_____,
subscritor(a) da CGA nº _____ **ou** da Segurança Social nº ⁽³⁾ _____,
beneficiário(a) da ADSE nº _____,
com o Nº Fiscal _____,
com o Processo nº da SGMF _____.

Mais declaro que foram cumpridas todas as formalidades legais e processuais exigidas.

Declaro ainda que :

- teve alta em ____ / ____ / ____ do acidente em serviço/doença profissional ^{(2) (4)}
- cessou o direito à reparação da doença profissional. ⁽⁴⁾

O (A) _____

Data, ____ / ____ / ____

(Cargo e Assinatura do (a) dirigente)
(Selo branco ou carimbo)

NIB(s):	Funcionário	
	Outros	

Em anexo:

- Relação de documentos de despesa
- Original e fotocópia dos documentos de despesa;
- Fotocópia dos formulários anexos ao Manual, devidamente preenchidos e autenticados

(1) - Própria ou delegada (neste caso por despacho nº de ____ / ____ / _____, publicado no Diário da República nº ____ 2ª Série, de ____ / ____ / _____).

(2) - Cortar o que não interessa.

(3) - No caso de subscritor da Segurança Social, anexar ao processo fotocópia do contrato de trabalho em funções públicas.

(4) - Preencher apenas quando for certificada a alta do acidente em serviço/doença profissional [cfr. art. 3º nº 1, al. n)] do DL 503/99] ou não for confirmada a doença profissional, anexando fotocópia do boletim de acompanhamento médico ou da decisão da entidade empregadora face à comunicação do CNPRP, conforme os casos.