

FESETE

FEDERAÇÃO DOS SINDICATOS DOS TRABALHADORES TÊXTEIS,
LANIFÍCIOS, VESTUÁRIO, CALÇADO E PELES DE PORTUGAL

GUIA



**TENDINITES
(DOENÇA PROFISSIONAL)**

COMO AGIR?

CASA SINDICAL T.V.C.

Avenida da Boavista, Nº 583 – 4100 – 127 PORTO

Portal: www.fesete.pt Endereço Electrónico fesete@netcabo.pt

Organização sindical sectorial da CGTP-IN e Filiada na F.S.E.:T.H.C

FICHA TÉCNICA

EDIÇÃO:

FESETE – Federação dos Sindicatos de Trabalhadores Têxteis, Lanifícios, Vestuário Calçado e Peles de Portugal

- **Morada:** Avenida da Boavista, 583, 4100 - 127 Porto
- **Telefone:** 22 600 23 77 Fax: 22 600 21 64
- **Portal:** <http://www.fesete.pt>
- **E-mail:** fesete@netcabo.pt

COLABORAÇÃO:

- Dr.ª Maria dos Anjos Alves Tavares (Centro Nacional de Protecção Contra os Riscos Profissionais)

EQUIPA TÉCNICA:

- Bruno Freitas
- Helena Policarpo
- Manuel Freitas
- Lurdes Fonseca

DATA:

- Maio de 2011

LOCAL DE EDIÇÃO:

- Porto

Data de Edição:

- Junho 2010

DOENÇAS PROFISSIONAIS

O QUE SÃO?

Doença profissional é aquela que resulta directamente das condições de trabalho, consta da **Lista de Doenças Profissionais (Decreto Regulamentar n.º 76/2007, de 17 de Julho)** e causa incapacidade para o exercício da profissão ou morte.

EM QUE É QUE AS DOENÇAS PROFISSIONAIS DIFEREM DAS OUTRAS DOENÇAS?

As doenças profissionais em nada se distinguem das outras doenças, salvo pelo facto de terem a sua origem em factores de risco existentes no local de trabalho.

A QUEM COMPETE FAZER O DIAGNÓSTICO DE DOENÇA PROFISSIONAL?

Qualquer médico, perante uma suspeita fundamentada de doença profissional – diagnóstico de presunção –, tem obrigação de notificar o Centro Nacional de Protecção contra Riscos Profissionais (CNPRP), mediante o envio da Participação Obrigatória devidamente preenchida.

O MEU MÉDICO DISSE-ME QUE, PROVAVELMENTE, TENHO UMA DOENÇA PROFISSIONAL. O QUE É QUE VAI ACONTECER A SEGUIR?

Se o seu médico ou o médico do trabalho da sua empresa tiver fortes suspeitas de que a sua doença pode ter uma causa laboral - diagnóstico de presunção (diagnóstico para avaliar se tem doença profissional) - , então, esse médico deverá preencher a **Participação Obrigatória de Doença Profissional, que juntamos em anexo, e envia-la para o CNPRP.**

■ **CNPRP -Centro Nacional de Protecção Contra os Riscos Profissionais**
Directora: Dra. Mariana Carreira Neto
Endereço: Av. Marquês de Tomar, nº 21, 1050-153 LISBOA
Telefone Geral: 21 792 63 00 - **FAX Geral:** 21 792 63 98
E-Mail: cnprp@seg-social.pt
Site Internet: <http://www.seg-social.pt> ■

O Centro irá estudar a situação e avaliar se trata, ou não, de doença profissional, mediante solicitação do próprio trabalhador afectado, em impresso próprio.

Quando lhe é certificada uma doença profissional pelo Centro Nacional com base nos pareceres dos peritos médicos competentes, o trabalhador é reconhecido como tendo uma doença profissional e, como tal, terá direito a à reparação ou seja a prestações

pecuniárias e em espécie que deverão, também elas, ser requeridas ao **CNPRP** pelo trabalhador doente.

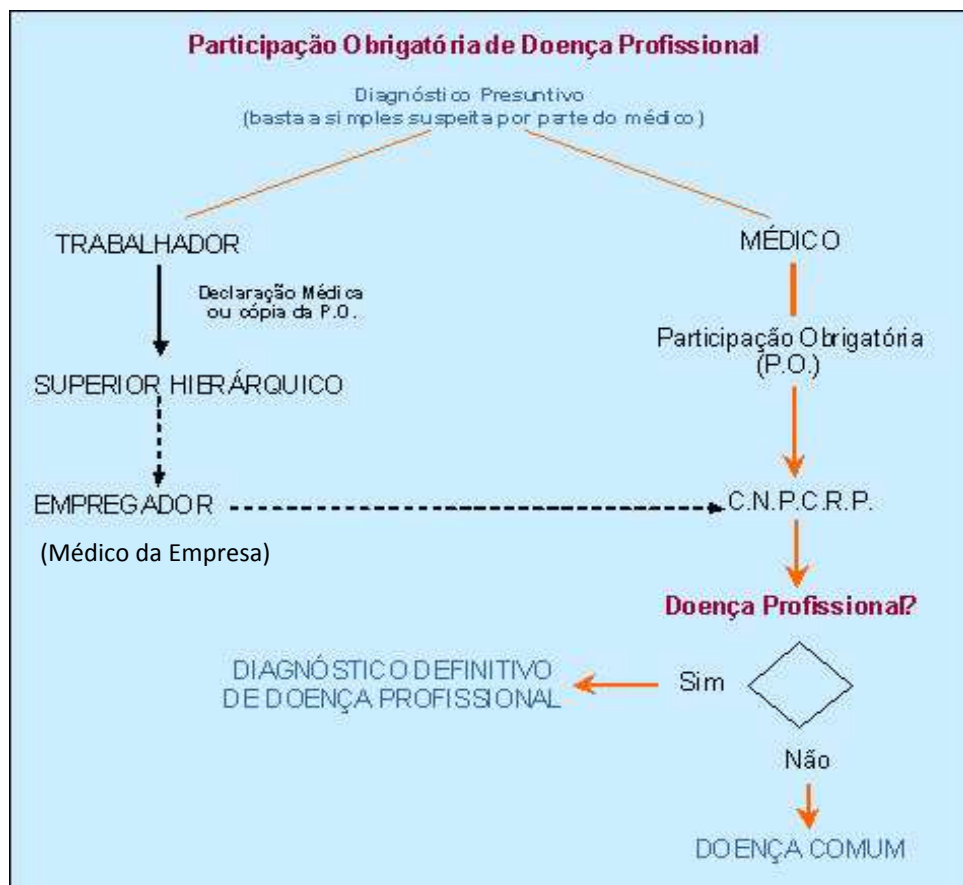
TENHO DIREITO A ALGUMA INDEMNIZAÇÃO EM CASO DE DOENÇA CONFIRMADA?

Tem direito à reparação do dano, tanto em espécie (prestações de natureza médica, cirúrgica, farmacêutica, hospitalar, etc.), como em dinheiro (indenização pecuniária por incapacidade temporária para o trabalho ou redução de parte da sua capacidade para trabalho ou ganho em caso de incapacidade permanente, etc.), entre outras.

O QUE É O CENTRO NACIONAL DE PROTECÇÃO CONTRA RISCOS PROFISSIONAIS (CNPRP)?

É uma instituição que pertence ao Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e que tem por missão assegurar a prevenção, tratamento, recuperação e reparação de doenças ou incapacidades resultantes de riscos profissionais.

Tem um corpo de médicos especialistas que se encarregam de certificar as doenças profissionais, isto é, estudam as doenças que são comunicadas através das participações e as condições de trabalho em que se desenvolveram para compreenderem se existem, ou não, relações entre ambas.



RESUMINDO TODO O PROCESSO

1. Se o médico suspeita que o/a trabalhador/a tem uma doença profissional, ele (o médico) terá que preencher a **Participação Obrigatória** (Mod 08.11.03) e **enviar para o CNPRP**.
2. A **Participação Obrigatória** poderá ser, desde logo, acompanhada pelo **Requerimento de Pensão por Incapacidade Permanente por Doença Profissional** (Mod GDP 12/2010-DGSS). Se o **Requerimento** não seguir logo com a **Participação**, o CNPRP enviará para o/a trabalhador/a o referido **Requerimento**.
3. **O Requerimento terá de ser preenchido pelo/a trabalhador/a** e o **médico deverá preencher o Parecer Clínico** (Mod 08.11.06) e enviar ambos os formulários para o CNPRP.
4. **Depois disto, o/a trabalhador/a é chamado/a para uma consulta, onde um médico do CNPRP** observará os seus exames e decidirá se é necessária mais informação.
5. **Se necessário**, o médico do CNPRP pede ao Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho ou ao Departamento de Pessoal da Empresa, onde o/a trabalhador/a trabalha ou trabalhou, para **preencher um Relatório de Avaliação da Exposição a Riscos de Doença Profissional** (Mod. GDP 14-DGSS).
6. **Se necessário, é feita uma avaliação do posto de trabalho** do/a trabalhador/a pelos serviços competentes do CNPRP.
7. **No final, a informação reunida é avaliada por dois médicos do CNPRP** (um deles especialista na doença profissional que se suspeita que afecta o/a trabalhador/a), que **decidirão se é considerado doença profissional e**, em caso de resposta afirmativa, **o grau de incapacidade**.

Nota: Em anexo encontrará os Modelos de Formulários: **Mod 08.11.03; Mod GDP 12/2010-DGSS; Mod. GDP 14-DGSS; e Mod 08.11.06.**

Para mais informações sobre o CNPRP e acesso a todos os formulários coloque no campo de pesquisa do **Google “CNPRP – Segurança Social”** e aceda à **primeira página**, que lhe aparece como resultado de pesquisa.

LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA

- Lei n.º 7/2009. DR n.º 30, Série I de 2009-02-12 – Assembleia da República aprova a revisão do Código do Trabalho
- Decreto-Lei n.º 352/2007. DR 204 SÉRIE I, de 23 de Outubro – Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social aprova a nova Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, revogando o Decreto-Lei n.º 341/93, de 30 de Setembro, e aprova a Tabela Indicativa para a Avaliação da Incapacidade em Direito Civil
- Decreto Regulamentar n.º 76/2007, de 17 de Julho – Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social altera o Decreto Regulamentar n.º 6/2001, de 5 de Maio, que aprova a lista das doenças profissionais e o respectivo índice codificado

Nota: O presente decreto regulamentar procede à *alteração dos capítulos 3.º e 4.º da lista das doenças profissionais publicada em anexo ao Decreto Regulamentar n.º 6/2001, de 5 de Maio.*

Artigo 2.º

Alteração ao anexo ao Decreto Regulamentar
n.º 6/2001, de 5 de Maio

Os capítulos 3 e 4 da lista das doenças profissionais
constante do anexo ao Decreto Regulamentar n.º 6/2001,
de 5 de Maio, passam a ter a seguinte redacção:

(...)

Código	45.02	
Factores de risco	Sobrecarga sobre bainhas tendinosas, tecidos peritendinosos, inserções tendinosas ou musculares, devida ao ritmo dos movimentos, à força aplicada e à posição ou atitude de trabalho	
Doenças ou outras manifestações clínicas e Caracterização (prazo indicativo)	Tendinites, tenossinovites e miotenossinovites crónicas, periartrite da escápulo-humeral, condilite, epicondilite, epitrocleite e estiloidite]	3 meses
Lista exemplificativa dos trabalhos susceptíveis de provocar a doença	Todos os trabalhos que determinem sobrecarga sobre bainhas tendinosas, tecidos peritendinosos, inserções tendinosas ou musculares, como por exemplo: <ul style="list-style-type: none">- Trabalhos que exijam movimentos frequentes e rápidos dos membros- Trabalhos realizados em posições articulares extremas- Trabalhos que exijam simultaneamente repetitividade e aplicação de forças pelos membros superiores- Trabalho em regime de cadência imposta- Martelar, britar pedra, esmerilar, pintar, limar, serrar, polir, desossar, montagem de cablagens.	

Mantêm-se, contudo, no Capítulo 4 – doenças provocadas por agentes físicos/código 45.02 – como as tendinites e no código 45.03, o síndrome do túnel cárpico, por exemplo. Doenças devidas a trabalhos que exigem movimentos frequentes e rápidos dos membros; trabalhos que exigem simultaneamente repetitividade e aplicação de forças pelos membros superiores; trabalho em regime de cadência imposta.

- Lei 98/2009, de 4 de Setembro 2009 da Assembleia da República – que regulamenta o regime de reparação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, incluindo a reabilitação e reintegração profissionais, nos termos do artigo 284.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro.

Aconselha-se a ler atentamente a legislação acima citada.

Tendinite e Tenossinovite

A **tendinite** é a inflamação de um tendão e a tenossinovite é a tendinite acompanhada por uma inflamação da bainha protetora que envolve o tendão. Os tendões são cordões fibrosos de tecido resistente que conectam os músculos aos ossos. Alguns tendões são envolvidos por uma bainha. A maioria das tendinites ocorre em indivíduos de meia-idade e em idosos, quando os tendões apresentam maior propensão às lesões.

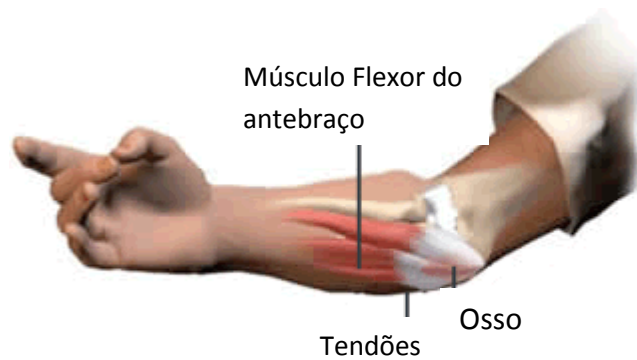


Entretanto, as tendinites também podem ocorrer em indivíduos jovens que se exercitam vigorosamente e em indivíduos que executam tarefas repetitivas. Determinados tendões, especialmente aqueles das mãos, são particularmente propensos à inflamação. Uma inflamação do tendão que estende o polegar para fora é denominada doença de Quervain.

A inflamação pode fazer com que os tendões que fecham os outros dedos fiquem aprisionados, produzindo uma sensação de estalido (dedo em gatilho).

A tendinite acima do músculo bíceps braquial produz dor quando o cotovelo é flexionado ou durante a rotação do antebraço. A inflamação do tendão de Aquiles, no calcanhar, e de um tendão percorre o dorso do pé também é comum. As bainhas de tendões também podem ser afetadas por doenças articulares, como a artrite

reumatóide, a esclerodermia sistêmica, a gota e a síndrome de Reiter. Nos adultos jovens que contraem gonorréia, especialmente nas mulheres, os gonococos podem causar tenossinovite, afetando comumente os tendões dos ombros, punhos, dedos das mãos, quadris, tornozelos e pés.



Sintomas: Geralmente, os tendões inflamados podem causar dor ao serem movimentados ou palpados. A movimentação das articulações próximas ao tendão, mesmo quando o movimento é de pequena amplitude, pode causar dor intensa. As bainhas de tendões podem estar visivelmente inchadas em decorrência do acúmulo de líquido e da inflamação ou podem secar, produzindo atrito contra os tendões e causando uma sensação perceptível de atrito ou um som que pode ser ouvido com o auxílio de um estetoscópio quando a articulação é movimentada.

Fonte (Manual Merck de medicina)

ANEXOS



SEGURANÇA SOCIAL

PROTECÇÃO NA DOENÇA PROFISSIONAL RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO A RISCOS

1 IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome completo	<input type="text"/>
NISS/N.º de Subscritor	<input type="text"/>
Nome da entidade empregadora	<input type="text"/>

2 ELEMENTOS RELATIVOS À ACTIVIDADE PROFISSIONAL

Nº de ordem(*)	Sector de trabalho (S)	Posto de trabalho (PT)
S/PT 1		
S/PT 2		
S/PT 3		
S/PT 4		
S/PT 5		

(*) Deve mencionar a ocupação dos postos de trabalho por ordem cronológica, correspondendo o actual posto de trabalho ao número 1, o posto de trabalho imediatamente anterior ao número 2 e assim sucessivamente.

3 EXPOSIÇÃO A AGENTES QUÍMICOS

3.1 Poeiras / fumos / fibras

Designação	Concentração (mg/m ³ ou partículas/cm ³)	Observações/medidas preventivas adoptadas

3.2 Gases e vapores

Designação	Concentração (mg/m ³ ou partículas/cm ³)	Observações/medidas preventivas adoptadas

(continua na pág. seguinte)

Os dados constantes deste documento serão objecto de registo informático na base de dados da segurança social. Poderá consultar pessoalmente a informação que lhe diz respeito, bem como solicitar a sua correcção. As falsas declarações são punidas nos termos da lei.

4 EXPOSIÇÃO A RISCOS PROVOCADOS POR AGENTES FÍSICOS

4.1 Ruídos

Nº	$L_{Aeq,T}$ dB(A)	T_{exp} min/dia	$L_{EX,8h}$ dB(A)	$\bar{L}_{EX,8h}$ dB(A)	$L_{EP,d,efect}$ dB(A)	L_{Cpico} dB(C)	Observações e medidas preventivas adoptadas
S/PT 1							
S/PT 2							
S/PT 3							
S/PT 4							
S/PT 5							

Protector(es) de ouvidos utilizado(s): _____

Medidas de prevenção colectivas adoptadas:

4.2 Vibrações (Aceleração $a_{eq,t}$ em m/s^2)

Nº	Sistema braço/mão	Sistema corpo global	Observações e medidas preventivas adoptadas
S/PT 1			
S/PT 2			
S/PT 3			
S/PT 4			
S/PT 5			

4.3 Radiações (Gama de níveis de radiação)

Nº	Ionizantes	Infra vermelhas	Ultravioletas	Observações e medidas preventivas adoptadas
S/PT 1				
S/PT 2				
S/PT 3				
S/PT 4				
S/PT 5				

4.4 Iluminação insuficiente - Nistagmo (Gama de níveis de iluminância em luz)

Nº	Luz natural	Luz artificial	Luz mista	Observações e medidas preventivas adoptadas
S/PT 1				
S/PT 2				
S/PT 3				
S/PT 4				
S/PT 5				

4.5 Pressão superior à atmosfera

Nº	Gama de pressões (em bar)	Observações e medidas preventivas adoptadas
S/PT 1		
S/PT 2		
S/PT 3		
S/PT 4		
S/PT 5		

(continua na pág. seguinte)

4 EXPOSIÇÃO A RISCOS PROVOCADOS POR AGENTES FÍSICOS (continuação)

4.6 Ambientes térmicos						
Nº	Gama de temp. do ar (em °C)	Gama de humidades relativas (em %)	Observações e medidas preventivas adoptadas			
S/PT 1						
S/PT 2						
S/PT 3						
S/PT 4						
S/PT 5						
4.7 Agentes mecânicos						
Nº	Pressão sobre bolsas sinoviais	Sobrecarga sobre bainhas tendinosa e outros	Pressão sobre nervos ou plexos nervosos	Pressão sobre cartilagem intra-articular do joelho	Outros	Observações e medidas preventivas adoptadas
S/PT 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S/PT 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S/PT 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S/PT 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S/PT 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5 AGENTES INFECCIOSOS E PARASITÁRIOS

Nº	Bactérias	Vírus	Parasitas	Fungos	Especificações e observações/medidas preventivas adoptadas
S/PT 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S/PT 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S/PT 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S/PT 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S/PT 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6 CERTIFICAÇÃO (*)

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

ano | mês | dia _____ (Assinatura e carimbo)

(*) A preencher pela entidade empregadora ou, na sua falta, pela Autoridade para as Condições de Trabalho.



SEGURANÇA SOCIAL

PROTECÇÃO NA DOENÇA PROFISSIONAL
PENSÃO POR INCAPACIDADE PERMANENTE PARA O TRABALHO
REQUERIMENTO

Pensão Inicial Revisão da Pensão Diagnóstico e Caracterização da Doença Profissional (Função Pública)
Antes de preencher leia com atenção as instruções de preenchimento e as informações

1 IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (A preencher em todas as situações)

Sistema de protecção social que o abrange:

Segurança Social Caixa Geral de Aposentações NISS/N.º de Subscritor _____

Nome completo _____

N.º Identificação Fiscal _____ Código Repartição de Finanças _____

Data de nascimento _____ Nacionalidade _____
ano mês dia

Morada _____

Código Postal _____ - _____

Localidade _____

Freguesia _____ Concelho _____

Distrito _____ País _____

Telefone _____ e-mail _____

2 IDENTIFICAÇÃO DA ACTIVIDADE PROFISSIONAL
(A preencher no caso de pensão inicial e de diagnóstico e caracterização da doença profissional)

2.1 Identificação da entidade empregadora actual

Nome da entidade empregadora _____

N.º Identificação de Segurança Social _____

Morada _____

País _____

Profissão _____ Período de trabalho de _____ a _____
ano mês dia ano mês dia

Tarefas executadas _____

Designação do posto de trabalho _____

Sujeito a riscos de _____

Produtos com que trabalha/trabalhou _____

Se a doença profissional foi contraída e/ou agravada nesta entidade empregadora, passe ao preenchimento do quadro 3.

Exerceu outras profissões/actividades? Sim Não **Se respondeu Sim**, preencha, também, o Mod. GDP 15-DGSS

2.2 Identificação da entidade empregadora onde foi contraída/agravada a doença profissional

Nome da entidade empregadora _____

N.º Identificação de Segurança Social _____

(continua na pág. seguinte)

2

IDENTIFICAÇÃO DA ACTIVIDADE PROFISSIONAL (continuação)
(A preencher no caso de pensão inicial e de diagnóstico e caracterização da doença profissional)

2.2 Identificação da entidade empregadora onde foi contraída/agravada a doença profissional (continuação)

Morada _____

País _____

Profissão _____ Período de trabalho de _____ a _____
ano mês dia ano mês dia

Tarefas executadas _____

Designação do posto de trabalho _____

Sujeito a riscos de _____

Produtos com que trabalhou _____

Se a doença profissional foi contraída /ou agravada nesta entidade empregadora, passe ao preenchimento do quadro 3.

2.3 Identificação da entidade empregadora onde foi agravada a doença profissional

Nome da entidade empregadora _____

N.º Identificação de Segurança Social _____

Morada _____

País _____

Profissão _____ Período de trabalho de _____ a _____
ano mês dia ano mês dia

Tarefas executadas _____

Designação do posto de trabalho _____

Sujeito a riscos de _____

Produtos com que trabalhou _____

3

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE QUE LHE PRESTA OU PRESTOU ASSISTÊNCIA
(A preencher no caso de pensão inicial e de diagnóstico e caracterização da doença profissional)

Nome _____

Morada _____

Localização: Área da residência Zona de trabalho 2ª residência Outra

Médico: Particular Família Trabalho Outro

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

Se respondeu Sim, indique: Internamento Urgência Consulta de especialidade Tratamentos Outro

Nome do estabelecimento hospitalar: _____

Período de _____ a _____
ano mês dia ano mês dia

Período de _____ a _____
ano mês dia ano mês dia

4

ALTERAÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA OU PROFISSIONAL (A preencher no caso de revisão da pensão)

Doença profissional que motiva o pedido de revisão da pensão _____

Situação que motiva o pedido de revisão da pensão:

Alteração da sua situação clínica por agravamento das perturbações

Alteração da situação profissional em resultado de:

Mudança de: Posto ou ambiente de trabalho Profissão Empresa

Alteração dos: Riscos de trabalho Produtos manuseados

Outros factores relevantes _____

(continua na pág. seguinte)



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	ADSE / Outro	CGA										
<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>												
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
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**



SEGURANÇA SOCIAL

PARECER CLÍNICO ANEXO*

1.	IDENTIFICAÇÃO										
Nome Completo _____											
Nº. Beneficiário <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											

2.	DADOS CLÍNICOS
Parecer do médico :	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end; padding-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p>___ / ___ / ___</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; width: 150px; height: 80px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p>Vinheta do médico</p> </div> </div> <div style="text-align: center;"> <hr style="width: 100%;"/> <p>(Nome legível do médico)</p> <hr style="width: 100%;"/> <p>(Assinatura do médico)</p> </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">ESTE PARECER PODE SER ACOMPANHADO DOS ELEMENTOS QUE O MÉDICO JULGUE ÚTEIS AO PROCESSO</p>	

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

___ / ___ / ___	<hr style="width: 100%;"/> <p>(Assinatura do beneficiário ou de outrem a seu rogo)</p>
-----------------	--

* Este anexo deve acompanhar os seguintes requerimentos: Requerimento de revisão da pensão por incapacidade permanente por doença profissional; Requerimento de subsídio (para readaptação de habitação); Requerimento de prestação suplementar à pensão por doença profissional.

As 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**