

Instruções

Preenchimento *on-line*:

- Utilize o *Adobe Acrobat Reader*, versão 7.0.5 ou superior, o qual pode ser obtido em <http://www.adobe.com>;
- Seleccione a opção “Preenchimento e envio *on-line*”;
- Recomenda-se que, após a abertura do formulário, seleccione a opção “*Highlight Fields*” (“Realçar Campos”), funcionalidade que facilita a identificação dos campos de preenchimento obrigatório;
- Depois de preencher, submeta o seu pedido utilizando o botão “Concluir”, localizado no fim da última página do requerimento (se os dados introduzidos não estiverem de acordo com os da CGA, receberá um e-mail com um link de acesso ao formulário, para rectificar os campos destacados a vermelho);
- Após a validação do pedido, a CGA envia um e-mail com dois ficheiros anexos:
 - **Comprovativo** do requerimento apresentado e
 - **Folha de Rosto** destinada, se necessário, a capear documentos complementares indispensáveis à instrução do processo;
- Deve imprimir, datar e assinar a primeira página do comprovativo do requerimento e remetê-la para **Caixa Geral de Aposentações, Av. 5 de Outubro, 175, 1069-307 Lisboa**, juntamente com a documentação adicional, caso exista.

A instrução do requerimento só terá início após recepção na CGA destes elementos.
- Se posteriormente tiver de remeter outros documentos complementares para a instrução do processo, imprima e envie a folha de rosto com esses documentos.

Preenchimento manual:

- Seleccione a opção “Impressão para preenchimento manual”;
- Imprima o requerimento;
- Preencha completamente o requerimento e, depois de o datar e assinar, remeta-o para **Caixa Geral de Aposentações, Av. 5 de Outubro, 175, 1069-307 Lisboa**, juntamente com a documentação adicional, caso exista.

Quadro 1 – Identificação do requerente

- **Quem requer a junta médica?** - Indique se a junta médica é requerida pelo Subscritor/Ex-Subscritor ou pelo Serviço.

Quadro 1.1 – Identificação do subscritor/ex-subscritor

- **Nome** – Nome completo conforme bilhete de identidade.
- **Data de nascimento** - No formato Ano-Mês-Dia (AAAA-MM-DD).
- **Sexo** – Indique uma das seguintes opções:
 - M;
 - F.
- **Nacionalidade** – Indique a nacionalidade.
- **Estado civil** – Indique uma das seguintes opções:
 - Solteiro;
 - Casado;
 - Divorciado;
 - Viúvo;
 - Separado judicialmente de pessoas e bens;
 - União de facto;
 - Separado de facto.
- **Doc. identificação** - Indique uma das seguintes opções:
 - BI;
 - Cédula;
 - Passaporte.
- **N.º doc.** - Indique o número correspondente ao “**Doc. identificação**”.
- **NIF** – Número de Identificação Fiscal.
- **Código bairro fiscal** – Código da repartição de finanças do domicílio fiscal.
- **N.º subscritor da CGA** – Indique o número de subscritor da CGA.
- **Grupo profissional** – Indique o grupo profissional a que pertence.
- **Categoria / Posto actual** – Indique a categoria ou o posto actual de trabalho.

Quadro 1.2 – Identificação do serviço

- **Código** – Número de identificação do Serviço perante a CGA, caso exista.
- **Nome** – Designação completa do Serviço, sem abreviaturas.

Quadro 1.3 – Informação para contacto

- **Nome** – Nome completo conforme bilhete de identidade.

- **Morada e Localidade** – Endereço postal.
- **País** – Indique o correspondente ao endereço postal.
- **Código postal** – Indique o código, sequência e designação postais correspondentes ao endereço postal.
- **Telefone** – Indique o número de telefone fixo a ser utilizado pela CGA para posteriores contactos.
- **E-mail** – Indique o endereço de correio electrónico a ser utilizado pela CGA para posteriores contactos, nomeadamente para envio do *link* de correcção de erros e dos comprovativos de remessa do requerimento.
- **Telemóvel** – Indique o número de telemóvel a ser utilizado pela CGA para posteriores contactos.

Quadro 2 – Junta médica

Indique o tipo de junta e, no caso de junta de recurso, se pretende ou não comparecer à mesma bem como o nome do médico designado para integrar a referida junta.

Quadro 2.1 – Tipo de junta (indique uma das seguintes opções)

- **Atribuição de grau de incapacidade**, por acidente / doença em serviço. Se o acidente ou a doença em serviço ocorreu ou foi diagnosticado, respectivamente, até 2000/04/30 assinale – O DL 38 4523, de 23 de Novembro de 1951; se ocorreu ou foi diagnosticado, respectivamente, em data posterior assinale – O DL 503/99, de 20 de Novembro.
- **Novo exame**, em virtude de se ter agravado o grau de incapacidade atribuído em junta médica anterior;
- **Junta médica de recurso**, por discordar da deliberação da junta médica:
 - O requerente não pretende comparecer à junta de recurso. Assinale apenas se não pretende comparecer à junta médica de recurso.
 - O requerente pretende designar médico para integrar a junta de recurso. Assinale apenas se designou o respectivo médico.

Quadro 2.2 – Informação do médico designado pelo requerente

Preencher apenas no caso de ter requerido junta de recurso e de ter assinalado que pretende designar médico assistente.

- **Nome** – Nome completo conforme bilhete de identidade.
- **Morada e Localidade** – Endereço postal.

- **País** – Indique o correspondente ao endereço postal.
- **Código postal** – Indique o código, sequência e designação postais correspondentes ao endereço postal.
- **Telefone** – Indique o número de telefone fixo a ser utilizado pela CGA para posteriores contactos.
- **Céd. Profissional** – Indique o número da cédula profissional.
- **Telemóvel** – Indique o número de telemóvel a ser utilizado pela CGA para posteriores contactos.

Quadro 3 – Responsabilidade do requerente

- **Data** – No formato Ano-Mês-Dia (AAAA-MM-DD).
- **Assinatura** - Assinatura do requerente, subscritor ou do seu representante conforme bilhete de identidade.

Quadro 4 – Documentação adicional

- **Vai enviar documentação adicional para completar este requerimento?** - Indique se vai ou não enviar documentação adicional ao requerimento.
- **Indique a documentação que pretende enviar** – Se vai enviar documentação adicional, indique qual.

Quadro 5 – Observações

Campo destinado a informações adicionais.