

Comissão de Reavaliação

Comissão de Recurso

Dados do beneficiário

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano mês dia

Telemóvel ou telefone

E-mail

Dados do médico indicado pelo beneficiário

Nome completo

Morada

Localidade

Código Postal

Telemóvel ou telefone

E-mail

Declaração

Declaro que a informação que prestei é completa e verdadeira.

Data

ano mês dia

Assinatura

Assinatura do beneficiário conforme documento de identificação válido.

Informações

 **Prazo de entrega**

▶ 10 dias úteis

Os dias indicados são contados a partir da data em que teve conhecimento da deliberação da Comissão de Verificação.

 **Local de entrega**

▶ nos serviços de Segurança Social da área de residência, se residir em território nacional;

▶ no serviço de Segurança Social onde foi efetuado o exame médico para a verificação da incapacidade, se residir no estrangeiro.

Informações (continuação)

4

Notas

Comissão de Reavaliação

Se não preencher o **Quadro 2** a Comissão de Reavaliação funcionará com dois médicos designados por este serviço. Se a deliberação da Comissão for desfavorável, as despesas com a mesma são da responsabilidade do beneficiário.

Comissão de Recurso

Se não preencher o **Quadro 2** a Comissão de Recurso funcionará com dois médicos designados por este serviço. Se a deliberação da Comissão for desfavorável, as despesas com a mesma são da responsabilidade do beneficiário.

Proteção de dados

Os dados pessoais recolhidos serão objeto de tratamento pelos serviços da Segurança Social (Instituto da Segurança Social, I.P., Instituto da Segurança Social dos Açores, I.P.R.A. e Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM) e serão conservados pelo prazo necessário para cumprir a finalidade a que se destinam.

Os serviços da Segurança Social comprometem-se a proteger os seus dados pessoais e a cumprir as suas obrigações no âmbito da proteção de dados.

Para mais informações sobre a proteção de dados consulte o site da Segurança Social em www.seg-social.pt

A preencher pela Segurança Social

Confirmo que a assinatura do/a **Beneficiário** **Pessoa que assinou a rogo** está em conformidade com o seguinte documento de identificação:

Cartão de Cidadão Bilhete de Identidade Passaporte Outro

Número

Validade

- -
ano mês dia

Assinatura e carimbo