



SEGURANÇA SOCIAL

SISTEMA DE VERIFICAÇÃO DE INCAPACIDADES REQUERIMENTO

COMISSÃO DE REAVALIAÇÃO COMISSÃO DE RECURSO

1 ELEMENTOS RELATIVOS AO REQUERENTE

Nome completo			
Data de nascimento		N.º de Identificação de Segurança Social	

2 IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO DO REQUERENTE⁽¹⁾ (A preencher no caso de requerer a intervenção da Comissão de Recurso)

Nome do médico			
Morada			
Localidade			
Código postal			

(1) No caso de residir no estrangeiro e não preencher os dados acima indicados, será representado nesta Comissão pelo médico indicado pelo Serviço de Saúde.

3 CERTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

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

_____ ano _____ mês _____ dia
Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido

4 DOCUMENTOS A APRESENTAR

Comissão de Reavaliação

Fundamentação médica atendível da manutenção da incapacidade pelos serviços de saúde.

Comissão de Recurso

No caso de agravamento da situação clínica, deve apresentar novos elementos auxiliares de diagnóstico. Estes documentos devem ser entregues nos serviços da Segurança Social **até ao 5.º dia anterior** à data da realização do exame médico da Comissão de Recurso.

5 LOCAL E PRAZO DE ENTREGA

O requerimento deve ser apresentado nos serviços da Segurança Social, no **prazo de 10 dias**, contados a partir da data em que teve conhecimento da deliberação da Comissão de Verificação.

No caso de requerer a Comissão de Recurso e residir no estrangeiro, o requerimento deve ser apresentado no **prazo de 45 dias**, contados a partir da data em que teve conhecimento da deliberação da Comissão de Verificação.

VALIDAÇÃO DA ASSINATURA (a preencher pelos serviços da Segurança Social)

Confirmo que a assinatura do: **Requerente** ou **Rogado** 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 da Segurança Social

Os dados pessoais apresentados serão objeto de tratamento pelos serviços competentes 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) para os fins a que se destina o presente formulário e serão conservados pelo prazo estritamente necessário à prossecução desses fins.

Os referidos 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 portal da Segurança Social em www.seg-social.pt

As falsas declarações são punidas nos termos da lei