



REGISTO DE ENTRADA

## REQUERIMENTO DE PENSÃO DE INVALIDEZ

Exm<sup>o</sup> Senhor Diretor  
do Centro Nacional de Pensões

1

### ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO

N<sup>o</sup> Identificação de Segurança Social (NISS)

Nome Completo

N<sup>o</sup> de Identificação Fiscal  Cód. Rep. Finanças

Data de Nascimento  Sexo (F ou M)  Est. Civil

**Filiação:**

**Naturalidade:**

País  Distrito

Concelho  Freguesia

Nacionalidade

Morada (Rua, Av., Pç., etc)

Localidade  Telefone

Cód. Postal - Cód. Morada   
(A preencher pelos serviços)

Endereço Eletrónico

**Vem requerer Pensão de Invalidez**

**Nota:** Se o entender pode indicar a modalidade de invalidez que considera aplicável ao seu caso, discriminada na última página.  
Se reunir as demais condições legais, ser-lhe-á atribuída a pensão de invalidez que venha a ser certificada pela Comissão de Verificação de Incapacidades Permanentes.

**Observações:**

**2****CARREIRA CONTRIBUTIVA DO REQUERENTE****2.1 NA SEGURANÇA SOCIAL**

Centro Distrital / Caixa de Previdência \_\_\_\_\_ Períodos  
 \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Situação atual de incapacidade por doença / Subsídio de Desemprego  Sim  Não  
*(Riscar o que não interessa)*

**2.2 NA FUNÇÃO PÚBLICA**

Descontou ou desconta para a Caixa Geral de Aposentações?  Sim  Não  
 Se respondeu **SIM**, indique:  
 Nº de Subscritor \_\_\_\_\_  
 Organismo(s) \_\_\_\_\_  
 Período(s) de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Profissão \_\_\_\_\_

**Pretende Pensão Unificada?**  Sim  Não

**2.3 NO ESTRANGEIRO**

Trabalhou ou trabalha \_\_\_\_\_ Se respondeu **SIM**, indique:  
 noutra País?  Sim  Não País \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 País \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Era abrangido pela País \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Seg. Social?  Sim  Não N.º de identificação no Organismo de Segurança Social  
 Estrangeiro: \_\_\_\_\_  
 Profissão \_\_\_\_\_

Se respondeu **SIM** às perguntas anteriores deve preencher igualmente o questionário indicado nas informações.

**2.4 SERVIÇO MILITAR**

Prestou Serviço Militar Obrigatório nas Forças Armadas Portuguesas?  Sim  Não  
 Se respondeu **SIM**, indique:  
 a) Requereu ao Ministério da Defesa Nacional a contagem do tempo de bonificação de serviço militar ao abrigo das Leis nºs 9/2002 de 11 de fevereiro, 21/2004 de 5 de junho e 3/2009 de 13 de janeiro?  Sim  Não  
 b) Requereu na Caixa Geral de Aposentações e/ou noutras instituições a contagem do tempo de serviço militar obrigatório?  Sim  Não

**3****RENDIMENTOS ATUAIS****3.1 - Do Trabalho**

Exerce atividade profissional remunerada?  Sim  Não  
 (Em Portugal ou no Estrangeiro) Se respondeu **SIM**, indique:  
**Organismo(s) de Segurança Social que o abrange(m)** \_\_\_\_\_ **Valor Mensal**  
 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ EUR  
 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ EUR

**3.2 - De Pensões**

Recebe outra pensão?  Sim  Não Se respondeu **SIM**, indique:  

Natureza	Valor Mensal	Entidade que a concede
- Doença Profissional	_____, _____ EUR	_____
- Acidente de Trabalho	_____, _____ EUR	_____
- Seg. Social Estrangeira	_____, _____ EUR	_____
- Seg. Social Portuguesa	_____, _____ EUR	_____
- Função Pública	_____, _____ EUR	_____
- Outras	_____, _____ EUR	_____

Requereu outra pensão?  Sim  Não  
 Entidade a quem requereu \_\_\_\_\_

**4****OUTRAS DECLARAÇÕES****4.1****ATIVIDADE EXERCIDA**

a) Indique a última profissão remunerada e pela qual efetuou descontos para o Regime Geral de Segurança Social \_\_\_\_\_

b) Se exerce simultaneamente mais do que uma profissão, ainda que de diferente sistema de proteção social nacional ou estrangeiro, indique aquela pela qual auferiu maior remuneração \_\_\_\_\_

- Preencher e juntar a declaração sobre a atividade exercida.

**4.2****INCAPACIDADE**

c) A incapacidade foi provocada por intervenção de terceiros?  Sim  Não

(se respondeu **SIM**, deve preencher também a Declaração - Complemento por Dependência - Incapacidade ou Situação de Dependência Provocada por Intervenção de Terceiros - Mod. CNP-11)

**5****INFORMAÇÕES DIVERSAS****5.1****ELEMENTOS PARA EFEITOS DE IRS**

Indique qual a situação familiar:

1. Casado (Único titular de pensão e / ou rendimento)

2. Não casado (Solteiro, viúvo, divorciado ou separado de pessoas e bens)

3. Casado (Dois titulares de pensão e / ou rendimento)

**Nota:** Caso se encontre na situação de deficiente, prevista no artº 4º do Decreto-Lei nº 42/91 de 22 de janeiro, deverá ainda anexar declaração autenticada pelo Delegado de Saúde da zona de residência.

**5.2****MODO DE PAGAMENTO DA PENSÃO**

A sua pensão ser-lhe-á paga por **depósito em conta bancária**, pelo que deverá indicar:

- Banco: \_\_\_\_\_

- NIB:

- IBAN:

/

Para o efeito deverá anexar documento da instituição bancária com o Número de Identificação Bancária (NIB/IBAN) onde conste o seu nome como titular da conta.

**ASSUMO A VERACIDADE DAS DECLARAÇÕES PRESTADAS NESTE REQUERIMENTO E COMPROMETO-ME A COMUNICAR TODAS AS ALTERAÇÕES QUE VENHAM A OCORRER**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

(Assinatura conforme Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão do requerente ou de outrem a seu rogo, desde que não possa ou não saiba assinar)

**CAMPO A PREENCHER PELOS SERVIÇOS**

Confirmo a autenticidade da assinatura do requerente por semelhança com a constante do \_\_\_\_\_ (CC ou BI) nº \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

(Carimbo com nome e categoria do funcionário)

**Os dados recolhidos serão objeto de registo informático nos ficheiros da Segurança Social.**

## INFORMAÇÕES /DOCUMENTOS

### É INDISPENSÁVEL PREENCHER O REQUERIMENTO POR COMPLETO E JUNTAR OS SEGUINTE DOCUMENTOS:

- ◆ Informação Médica (Mod. SVI 007-DGSS );
- ◆ Declaração da Atividade Profissional Exercida (Mod. RP 5023-DGSS );
- ◆ Declaração - Complemento por Dependência - Incapacidade ou Situação de Dependência Provocada por Intervenção de Terceiros (Mod. CNP-11).

### DEVERÁ AINDA EXIBIR OS SEGUINTE DOCUMENTOS:

- ◆ Bilhete de Identidade ou Cartão de Cidadão do requerente ou do rogado, caso o requerimento seja assinado a rogo;
- ◆ Documento de Identificação Fiscal.

**NOTA: NO CASO DO REQUERIMENTO SER ENVIADO PELO CORREIO, DEVERÁ ANEXAR FOTOCÓPIA DOS DOCUMENTOS ACIMA INDICADOS.**

### Pensão ao abrigo dos Regulamentos Comunitários e Convenções Bilaterais

- ◆ Questionário para apresentação de Pedido de Pensão à Instituição Estrangeira Competente (Mod. CNP-07) e Anexo - Informações Relativas à Carreira do Segurado (Mod. CNP-07/A).

### Tempo de Serviço Militar

- ◆ Fotocópia dos documentos comprovativos do tempo de serviço militar obrigatório (Caderneta militar ou Certidão emitida pelo Distrito de Recrutamento e Mobilização competente), salvo se já tiver requerido a contagem daquele tempo.

### Para pagamento por “Depósito em conta bancária”

- ◆ Documento da Instituição Bancária com o Número de Identificação Bancária (NIB/IBAN), onde conste obrigatoriamente o seu nome como titular da conta.

**OS CAMPOS DO REQUERIMENTO QUE NÃO FORAM PREENCHIDOS DEVEM SER INUTILIZADOS COM UM TRAÇO.**

## MODALIDADES DE INVALIDEZ

- ◆ Invalidez reconhecida para a profissão exercida (Invalidez relativa);
- ◆ Invalidez reconhecida para toda e qualquer profissão ou trabalho (Invalidez absoluta);
- ◆ Invalidez causada por paramiloidose familiar, sida (virus da imunodeficiência humana HIV), esclerose múltipla, doença do foro oncológico, esclerose lateral amiotrófica (ELA), doença parkinson (DP) ou doença de Alzheimer (DA) - (Lei n.º 90/2009 de 31 de agosto);
- ◆ Invalidez causada pela doença do Machado-Joseph (DMJ) - (Lei n.º 90/2009 de 31 de agosto), com exceção aos portadores desta doença recenseados nos Centros de Saúde da Região Autónoma dos Açores (DLR n.º 21/92/A de 21 de outubro).

Nota: Será relevante a situação de invalidez que for certificada pela Comissão de Verificação de Incapacidades Permanentes.

**SE NADA INDICAR ENTENDE-SE QUE PRETENDE REQUERER A INVALIDEZ RELATIVA.**

## CONTRAORDENAÇÕES

### Chamamos a sua especial atenção para o preenchimento do campo 3 (Rendimentos Atuais) e campo 4 (Outras Declarações), sobre:

- ◆ Titularidade de outra pensão, valor e entidade pagadora;
- ◆ Última profissão exercida;
- ◆ Incapacidade provocada por intervenção de terceiros.

A omissão ou falsas declarações constituem contraordenação punível com coima de 50 EUR a 350 EUR. O montante da coima é elevado para o dobro se, do incumprimento dos deveres previstos, resultar o efetivo pagamento indevido de prestações. (n.º 1 e 2 do art.º 92 do Decreto-Lei n.º 187/2007, de 10 de maio).

## LOCAL DE ENTREGA

### O requerimento deve ser apresentado nos Serviços de Atendimento da Segurança Social.

(Se enviar o requerimento e respetiva documentação por via postal, junte envelope endereçado e selado para remessa de recibo comprovativo dos documentos entregues).