



SEGURANÇA SOCIAL

REQUERIMENTO REVISÃO DA INCAPACIDADE PERMANENTE

Pensionista de Invalidez

1 IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome completo			
Data de nascimento	ano mês dia	N.º de Identificação de Segurança Social	
N.º de Identificação Fiscal			
Morada			
Código postal			
Localidade			
Distrito	Concelho	Freguesia	
Telemóvel / Telefone		E-mail	

2 MOTIVO QUE DETERMINA O PEDIDO

3 CERTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

As informações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.
Comprometo-me a comunicar qualquer alteração da informação prestada.

ano | mês | dia

(Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido)

4 INFORMAÇÕES

O pensionista de invalidez pode ser sujeito a exame de revisão de incapacidade por decisão da instituição ou a seu pedido, decorridos três anos a contar da data da atribuição da pensão, exceto na situação de agravamento da incapacidade.

Documentos a apresentar

Documento válido de Identificação do pensionista ou do rogado caso o requerimento tenha sido assinado a rogo.
Informação Médica, Mod. SVI 7-DGSS, **a obter nos serviços da Segurança Social.**

Local de Entrega

O requerimento deve ser apresentado nos serviços 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