



SEGURANÇA SOCIAL

## REQUERIMENTO DE PENSÃO

REGISTO DE ENTRADA

Exm<sup>o</sup> Senhor  
Presidente do Conselho Directivo  
do Centro Nacional de Pensões

### I ELEMENTOS RELATIVOS AO REQUERENTE

N<sup>o</sup> Beneficiário

Nome Completo

N<sup>o</sup> Fiscal Contribuinte

Cód. Repart. Finanças

Data de Nascimento

Sexo (F ou M)

Est. Civil

Naturalidade

{ País  
Concelho

Distrito

Freguesia

Nacionalidade

Morada (Rua, Av.  
Praç., etc.)

Localidade

Telefone

Cód. Postal

Cód. Morada

(A preencher pelos serviços)

**VEM REQUERER**

**INVALIDEZ**

**VELHICE**

A partir de \_\_/\_\_/\_\_

**Pensão de:**

**REFORMA ANTECIPADA**

A partir de \_\_/\_\_/\_\_

(Indique em Observações a situação específica)

Observações:

Centro Nacional de Pensões

Campo Grande, 6 - 1749-001 LISBOA - Telef. (01)7903700 - Fax (01)7903788

**2 CARREIRA CONTRIBUTIVA DO REQUERENTE**

**2.1 NA SEGURANÇA SOCIAL**

Centro Regional de Segurança Social / Caixa de Previdência \_\_\_\_\_ **Períodos**  
 de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Situação actual de baixa por doença / subsídio de desemprego  
 (Riscar o que não interessa) Sim  Não

**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 no estrangeiro ? Sim  Não   
 Se respondeu SIM, indique:

Era abrangido pela Seg. Social ? Sim  Não  País \_\_\_\_ de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 País \_\_\_\_ de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Profissão \_\_\_\_\_

**2.4 SERVIÇO MILITAR**

Prestou Serviço Militar ? Sim  Não   
 Indique o(s) período(s): de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Requeriu a contagem desse período ? Sim  Não   
 Se respondeu SIM, indique: Cx. Geral de Aposentações  CRSS  Outras Instituições

**3 RENDIMENTOS ACTUAIS**

**3.1 DO TRABALHO (Só para requerentes de Invalidez)**

Exerce actividade profissional remunerada ? Sim  Não   
 (Em Portugal ou no estrangeiro) Se respondeu SIM, indique: Remuneração Mensal \_\_\_\_\_ \$  
 Organismo (s) de Segurança Social que o abrange (m) \_\_\_\_\_ \$

**3.2 DE PENSÕES**

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

Natureza	Valor Mensal	Entidade que a concede
- Doença Profissional	_____ \$	_____
- Acidente de trabalho	_____ \$	_____
- Seg. Social Estrangeira	_____ \$	_____
- Seg. Social Portuguesa	_____ \$	_____
- Função Pública	_____ \$	_____
- Outras	_____ \$	_____

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

**4 OUTRAS DECLARAÇÕES (Só para requerentes de Invalidez)**

a) indique a última profissão remunerada e pela qual efectuou descontos para o regime geral de segurança social \_\_\_\_\_

b) Se exerce simultaneamente mais que uma profissão, indique aquela pela qual auferir maior remuneração \_\_\_\_\_

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

Se respondeu SIM, deve preencher também o Anexo A

**5 INFORMAÇÕES DIVERSAS**

**5.1 ELEMENTOS PARA EFEITOS DE IRS**

Indique qual situação familiar:

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

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

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

**5.2 ELEMENTOS RELATIVOS AO CÔNJUGE**

Nome do Cônjuge \_\_\_\_\_

Data de nascimento

Nº Beneficiário

**5.3 MODO DE PAGAMENTO DA PENSÃO**

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

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

- NIB \_\_\_\_\_

**Na falta destes elementos a sua pensão ser-lhe-á enviada por vale de correio**

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

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 19 \_\_\_\_\_

(Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo)



SEGURANÇA SOCIAL

# INFORMAÇÃO MÉDICA

## AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE

**CONFIDENCIAL**

Nome do doente \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do beneficiário \_\_\_\_\_

(A preencher se o examinado não for o beneficiário)

N.º Beneficiário

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES DA INFORMAÇÃO PRESTADA NA POSSE DO EXAMINADO

Discriminação dos documentos (Pareceres, exames, etc.) e respectivas datas:

_____	____/____/____
_____	____/____/____
_____	____/____/____
_____	____/____/____
_____	____/____/____
_____	____/____/____
_____	____/____/____
_____	____/____/____
_____	____/____/____
_____	____/____/____
_____	____/____/____
_____	____/____/____
_____	____/____/____
_____	____/____/____
_____	____/____/____
_____	____/____/____
_____	____/____/____
_____	____/____/____

# INFORMAÇÃO MÉDICA

AValiação da Incapacidade



Nome do Médico \_\_\_\_\_  
portador da Cédula Profissional n.º \_\_\_\_\_, emitida pela Ordem dos Médicos, com local de trabalho  
em \_\_\_\_\_  
(Estabelecimento de saúde / Morada do consultório)

declara, por sua honra profissional, que \_\_\_\_\_

cuja identidade confirmou, sofre de: \_\_\_\_\_  
(Descrição sumária do seu estado de saúde)

Diagnósticos incapacitantes ou de situação de deficiência e/ou dependência:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

O examinado sofre de ferimento ou de doença abrangida pela legislação de:

Acidente de Trabalho  Sim  Não Doenças Profissionais  Sim  Não

CARIMBO / ETIQUETA DO MÉDICO

Assinatura do Médico



CENTRO REGIONAL DE SEGURANÇA SOCIAL DO NORTE  
SERVIÇO SUB-REGIONAL D \_\_\_\_\_

## SISTEMA DE VERIFICAÇÃO DE INCAPACIDADE PERMANENTE

Beneficiário N° 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nome \_\_\_\_\_

### DECLARAÇÃO

#### Entidade (s) Empregadora (s)

Declaro, sob compromisso de honra, que **nos últimos três anos de actividade**, o beneficiário acima indicado, exerceu a (s) profissão (ões) de \_\_\_\_\_

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

(Assinatura e carimbo da Firma)

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

(Assinatura e carimbo da Firma)

#### A preencher pelo próprio, apenas se a (s) Firma (s) já não existir (em)

Declaro, sob compromisso de honra, que, **nos últimos três anos de actividade**, exerci a (s) profissão (ões) de \_\_\_\_\_

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

(Assinatura do declarante)

#### OBSERVAÇÕES:

1. A prestação de falsas declarações é punível com coima de 15 000\$00 a 50 000\$00 (alínea c) do artº 9º do Dec.-Lei nº 64/89, de 26 de Fevereiro).
2. A presente declaração deverá ser devolvida juntamente com a **Informação Médica**. (Mod. SVI 007) para avaliação de Incapacidade Permanente

**DOCUMENTOS A APRESENTAR COM O REQUERIMENTO**

**A - Em todos os casos**

- Fotocópia do Bilhete de Identidade do requerente
- Fotocópia do Bilhete de Identidade do rogado caso o requerimento tenha sido assinado a rogo
- Fotocópia do Cartão de Contribuinte

**B - Se requer pensão de invalidez**

- Informação médica (*modelo próprio a fornecer pelos serviços*)
- Anexo A (*se a situação de dependência foi provocada por intervenção de terceiros*)
- Declaração da entidade empregadora, ou do próprio sendo trabalhador independente, relativamente ao trabalho desempenhado nos últimos três anos.

**C - Se requer pensão ao abrigo dos Regulamentos Comunitários**

- Questionário (*modelo próprio a fornecer pelos serviços*)

**D - Para contagem do tempo de serviço militar**

- Fotocópia dos documentos comprovativos do tempo de serviço prestado (*caderneta militar ou certidão do DRM competente*)

**E - Se opta pela modalidade de pagamento "*Depósito em conta bancária* "**

- Declaração Bancária com o Número de Identificação Bancária (NIB)
- Fotocópia de um cheque em branco ou, um cheque inutilizado da conta bancária onde pretende efectuar o depósito da sua pensão.  
De referir ainda que a conta bancária deverá estar em seu nome, ou no caso de ser conta colectiva, V. Ex<sup>a</sup> deverá ser o 1º Titular

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