GUIA PRÁTICO

SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE INCAPACIDADE PERMANENTE

INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P.

FICHA TÉCNICA

TÍTULO
Guia Prático – Serviço de Verificação de Incapacidade Permanente
(N40B V.4.08)

PROPRIEDADE
Instituto da Segurança Social, I.P.

AUTOR
Departamento de Prestações e Contribuições

PAGINAÇÃO
Departamento de Comunicação e Gestão do Cliente.

CONTACTOS
Linha Segurança Social: 210 545 400 | 300 502 502, dias úteis das 9h00 às 18h00.
Site: www.seg-social.pt, consulte a Segurança Social Direta.

DATA DE PUBLICAÇÃO
30 de maio de 2025

Índice

A – Para que serve? ... 4
B – Quem pode pedir? ... 4
C – Como funciona o SVIP? ... 4
C 1 – Como posso pedir? ... 5
C 2 – De que forma vou ser chamado? ... 5
C 3 – Onde devo comparecer? ... 6
C 4 – Como são compostas as Comissões? ... 6
C 5 – Quando sei a resposta? ... 6
D – Pedido de recurso ... 6
D 1 – Pedido de recurso ... 6
D 2 – Qual o prazo para requerer? ... 6
D 3 – Que formulários e documentos devo entregar? ... 7
D 4 – Como funciona a comissão de recurso? ... 7
E – Despesas com a comissão de recurso? ... 7
E1 – Quais as despesas que competem aos beneficiários? ... 7
E 2 – De que forma são pagas? ... 8
F – Quais as minhas obrigações? ... 8
F 1 – Faltas injustificadas ... 8
F 2 – Faltas justificadas ... 8
Legislação Aplicável ... 9
Glossário ... 9

A informação contida neste guia prático não dispensa a consulta da lei.

A – Para que serve?

O Serviço de Verificação de Incapacidade Permanente (SVIP) é um instrumento especializado de peritagem assegurado por uma equipa de peritos técnicos, à qual se dá o nome de “comissão”.

Esta comissão que tem como objetivo realizar a verificação e reavaliação de situações de incapacidade permanente para o trabalho, deficiência ou dependência, determinantes do direito às prestações socias que lhes correspondam. Nesta peritagem, são avaliadas as condições físicas, motoras, orgânicas, sensoriais e intelectuais dos beneficiários e o impacto dessa incapacidade a nível social e profissional.

Nota: O exame clínico realizado pelo SVI não deve ser confundido com os exames feitos pelo médico assistente. O objetivo não é prestar cuidados de saúde, mas sim avaliar se a pessoa está ou não apta para o trabalho (ou se tem ou não uma doença ou deficiência).

B – Quem pode pedir?

Para ter acesso a certas prestações (**Pensão de invalidez, Subsídio por assistência de terceira pessoa ou Subsídio mensal vitalício**) é necessário que a situação de incapacidade permanente, dependência, ou deficiência seja confirmada pela Comissão de Verificação do Serviço de Verificação de Incapacidades Permanentes.

Verificar se existe:	**Para decidir se tem direito a:**
Incapacidade permanente (também em caso de incapacidade temporária que dure há mais de 365 dias)	Pensão de invalidez
Dependência	Subsídio por assistência de terceira pessoa Complemento por dependência para pensionistas que necessitem de apoio de terceira pessoa.
Deficiência	Prestação social de inclusão.

Se a Segurança Social (Centros Distritais ou Centro Nacional de Pensões) quiser confirmar se continua a ter direito a alguns apoios (Revisão):

- A Comissão de Verificação também revê situações de incapacidade permanente para decidir se a pessoa deve continuar a receber a pensão de invalidez.

Se não concordar com a decisão da Comissão de Verificação (Recurso):

- Em ambos os casos, se o beneficiário não concordar com a decisão da Comissão de Verificação, pode pedir para o seu caso ser reavaliado pela Comissão de Recurso.

C – Como funciona o SVIP?

C 1 – Como posso pedir?
C 2 – Prazo para ser chamado para a avaliação da incapacidade

C 3 – Onde devo comparecer?
C 4 – Como são compostas as equipas de avaliação?
C 5 – Quando sei a resposta?

C 1 – Como posso pedir?

Formulários

- RP5072 - Requerimento de pensão de invalidez;
- RP5002 - Requerimento de pensão social de invalidez;
- RP5027 - Requerimento de complemento por dependência / revisão do complemento por dependência;
- SVI 7 - Informação médica – avaliação da incapacidade;
- RP5023 – Declaração da atividade profissional exercida (se estiver a pedir pensão de invalidez por incapacidade permanente).

Estes Formulários encontram-se disponíveis em www.seg-social.pt, no menu " Acessos Rápidos", selecionar "Formulários" e no campo "Pesquisar por palavra-chave" inserir número ou nome do formulário.

Por exemplo, se pretende aceder ao requerimento de Pensão de Invalidez, no campo "Pesquisar por palavra-chave" inserir número do formulário (*RP5072*) ou nome (*Requerimento de Pensão de Invalidez*).

Documentos necessários

Outros documentos importantes: análises, exames adicionais, pareceres de especialistas.
Deve apresentar estes documentos quando for fazer o exame médico com o médico relator.

Se viver no estrangeiro
Se viver fora de Portugal, mas descontar para a Segurança Social, deve juntar ao requerimento um relatório médico, dados clínicos e outros elementos de diagnóstico (análises ou exames) reunidos por:

- os Serviços de Saúde do país onde vive ou
- um médico à sua escolha; este médico deve estar certificado pelos serviços oficiais de saúde ou segurança social do país onde vive, pelo consulado português ou outro serviço que represente os interesses de Portugal.

A instituição de Segurança Social do país onde mora deve então pedir a marcação do exame de verificação de incapacidade e enviar o requerimento ao Centro Distrital do Instituto da Segurança Social.

C 2 – De que forma vou ser chamado?

É convocado, com antecedência mínima de dois dias úteis, para exame médico por:

- Notificação eletrónica na sua página da Segurança Social Direta (SSD),
- Mensagem por correio eletrónico registado na segurança social,
- SMS para o número de telemóvel

- Presencialmente ou,
- Qualquer outro meio previsto na lei.
- Caso residida fora do território nacional, apenas há lugar à sua convocação para o exame médico, a levar a efeito pelo médico relator, se o solicitar expressamente aquando da apresentação do requerimento da prestação.

C 3 – Onde devo comparecer?

No local indicado na notificação enviada pela Segurança Social.

C 4 – Como são compostas as Comissões?

As comissões de verificação de incapacidade permanente são constituídas por dois peritos médicos, designados pelos serviços de Segurança social, um dos quais preside.

As comissões de recurso são constituídas por dois peritos médicos, podendo integrar um terceiro médico indicado pelo beneficiário. Nestes casos, os membros da comissão de verificação que tenham deliberado sobre a situação do requerente ou beneficiário não podem fazer parte da comissão de recurso.

No caso de o beneficiário não indicar médico, no requerimento de recurso, ou, indicando-o, o mesmo falte, a comissão de recurso delibera com a presença dos dois médicos designados pela Segurança Social, tendo o presidente voto de qualidade, em caso de empate.

C 5 – Quando sei a resposta?

- É notificado aquando da decisão sobre o requerimento da prestação social.
- Nestes casos, o requerente é esclarecido sobre o direito que lhe assiste de solicitar intervenção da comissão de recurso.

D – Pedido de recurso

D 1 – Pedido de Recurso
D 2 – Qual o prazo para requerer?
D 3 – Que formulários e documentos devo entregar?
D 4 – Como funciona a comissão de recurso?

D 1 – Pedido de recurso

Na sequência da notificação da decisão do direito à atribuição das prestações solicitadas, não concordando com o teor da deliberação da comissão de verificação de avaliação da incapacidade, pode requerer a realização de uma nova avaliação em comissão de recurso.

D 2 – Qual o prazo para requerer?

10 dias úteis a partir da data da comunicação enviada pelos serviços da segurança social sobre a deliberação sobre a situação de incapacidade.

Atenção: Se a Comissão de Recurso decidir que não tem as condições de incapacidade necessárias para receber a prestação pretendida, **só pode pedir de novo a pensão/subsídio daí a 6 meses**.

D 3 – Que formulários e documentos devo entregar?

- Pode requerer em formulário próprio uma nova avaliação em comissão de recurso, indicando um médico para o representar, devendo registar o seu nome, número de cédula e domicílio profissional.
    - SVI 55 – Requerimento - Comissão de Reavaliação/Comissão de Recurso
- Não é permitida a junção de novos elementos para a apreciação da comissão de recurso.

D 4 – Como funciona a comissão de recurso?

A comissão reúne no prazo de 10 dias úteis após a interposição de recurso, com a realização do exame do requerente, podendo ser realizada nos mesmos termos da primeira avaliação.

É permitido um adiamento pelo prazo máximo de cinco dias úteis, na falta ou impossibilidade de comparência, justificada, por parte do médico representante. Neste caso, pode designar-se outro um médico que o substitua.

A comissão delibera no próprio dia do exame, com base nos elementos constantes do processo analisado pela comissão de verificação efetuada inicialmente.
Nota: Se assim o entender, a Comissão de Recurso poderá reunir sem a presença do seu médico representante.

E – Despesas com a comissão de recurso?

E 1 – Quais as despesas que competem aos beneficiários?
E 2 – De que forma são pagas?

E1 – Quais as despesas que competem aos beneficiários?

Compete ao beneficiário suportar:

- As despesas com as comissões de recurso por si requeridas cuja deliberação lhe for desfavorável;

  Obs: a Comissão de Recurso é formada por dois peritos médicos designados pelo Centro Distrital do ISS, podendo ser integrada por um terceiro escolhido pelo beneficiário.
  Por cada ato médico, o Centro Distrital do ISS, paga €14,00 € a cada médico.
  Uma vez que são nomeados pelo Centro Distrital do ISS dois médicos, o valor total a pagar será 28,00€ (2 X 14,00€).

- Os honorários e eventuais despesas de transporte do médico por si designado para a comissão de recurso, caso lhe a deliberação lhe seja desfavorável;

- As despesas resultantes de faltas injustificadas do próprio beneficiário ou do médico que o representa, desde que devidamente convocados;
- As despesas de informação médica
- As despesas com os transportes nas situações não previstas na lei
- Não são exigíveis aos beneficiários as despesas previstas nos números anteriores quando integradas em processos de revisão da incapacidade permanente promovidos pelo serviço de segurança social.

E 2 – De que forma são pagas?

O beneficiário tem de pagar as despesas da comissão de recurso se a decisão lhe for desfavorável. Nestes casos, a Segurança Social envia-lhe uma carta com o valor a pagar e instruções.

F – Quais as minhas obrigações?

F 1 – Faltas injustificadas
F 2 – Faltas justificadas

F 1 – Faltas injustificadas

Se o interessado, devidamente convocado, não se apresentar ao exame médico pericial no dia, hora e local indicados nem justificar, no prazo de cinco dias úteis subsequentes, o motivo da não comparência, ou, justificando-o, não for atendível, é considerada falta injustificada.

Nota: Neste caso só pode voltar a requerer a prestação passado 6 meses.

F 2 – Faltas justificadas

1. Se faltou a exame médico por incapacidade física de se deslocar, devidamente comprovada por declaração autenticada pelo médico;
2. Se está internado em estabelecimento hospitalar ou detido em estabelecimento prisional, com efetiva impossibilidade de se deslocar, certificada por declaração autenticada dos estabelecimentos respetivos;
3. Qualquer outro justo impedimento devidamente comprovado.
    a. Exemplo: Outro impedimento do foro médico, com declaração autenticada por médico.

Nota 1: No caso de não comparecer aos exames médicos, deve apresentar, dentro do prazo previsto, uma justificação escrita onde fundamente o motivo da não comparência. Esta comunicação deve ser entregue pessoalmente em qualquer serviço de atendimento presencial da Segurança Social ou enviada por correio para o Centro Distrital do Instituto da Segurança Social da sua área de residência. Tem 5 dias para justificar. Se a justificação for aceite, o exame médico poderá ser feito em sua casa ou no estabelecimento onde se encontra. Só pode adiar o exame duas vezes.

Nota **2**: Apenas é permitido aos beneficiários um único adiamento/falta justificada.

Legislação Aplicável

Decreto-Lei n.º 15/2024, de 17 de janeiro

Altera o regime de avaliação de incapacidade das pessoas com deficiência

Decreto-Lei n.º 8/2024, de 5 de janeiro

Procede à quinta alteração do Decreto-Lei n.º 360/97, de 17 de dezembro, alterado pelos Decretos-Leis n.os 165/99, de 13 de maio, 377/2007, de 9 de novembro, e 126-A/2017, de 6 de outubro, e pela Lei n.º 2/2020, de 31 de março, que procede à definição do sistema de verificação de incapacidades, no âmbito da segurança social.

Despacho n.º 14353/2024, de 4 de dezembro
Despacho que fixa o valor da remuneração do ato médico praticado no âmbito do Sistema de Verificação de Incapacidade (SVI).

Decreto-Lei n.º 360/97, de 17 de dezembro, na sua versão atual

Glossário

Médico Relator

O médico relator é designado pelos serviços da segurança social. São funções do médico relator, designadamente:

1. Realizar o exame clínico dos requerentes das prestações, bem como dos beneficiários sujeitos aos processos de verificação oficiosa de eventual incapacidade permanente ou de revisão da situação de incapacidade que abriram direito a prestações;
2. Consultar diretamente, quando disponível e para efeitos da elaboração do relatório, a informação constante do processo do beneficiário no Serviço Nacional de Saúde
3. Participar aos serviços competentes as situações passíveis de serem consideradas como doenças profissionais;
4. Elaborar um relatório circunstanciado do exame feito com base nos elementos reunidos, organizar o processo clínico do requerente e submetê-lo à comissão de verificação de incapacidade permanente;
5. Propor que da comissão de verificação de incapacidade permanente faça parte perito de determinada especialidade, sempre que tal se mostre indispensável;
6. Analisar e dar parecer sobre o fundamento invocado pelo beneficiário nos requerimentos por agravamento do estado de saúde.

Comissão de Verificação de Incapacidades Permanentes, Deficiência e Dependência

As comissões de verificação de incapacidade permanente são constituídas por dois peritos médicos designados pelos serviços da segurança social tendo um as funções de presidente.

As comissões de verificação procedem à análise e ao estudo do relatório elaborado pelo médico relator ou pelos serviços de saúde do país estrangeiro onde o requerente resida e demais documentação clínica, tendo em vista a correta qualificação legal da situação.

As comissões podem promover o exame médico direto dos requerentes sempre que tal exame ou aqueles elementos se revelem necessários ao completo esclarecimento da situação clínica.

Comissão de Recurso

É chamada quando a decisão da Comissão de Verificação não satisfaz o interessado e este pede nova avaliação.
Poderá ser constituída por três peritos médicos. Dois são designados pelo Centro Distrital do ISS, um dos quais é presidente da comissão, podendo ser integrado um terceiro escolhido pelo interessado.
Se o beneficiário não escolher um médico, a comissão será constituída apenas pelos dois designados pelo Centro Distrital.
Nota: Os peritos médicos designados pelo Centro Distrital não poderão ter feito parte da Comissão de Verificação.