

O acesso em algumas das categorias da carreira de bombeiro sapador e municipal depende de aprovação em curso de promoção, conforme o artigo 13.º daquele diploma. A duração, o conteúdo programático e o sistema de funcionamento e avaliação dos referidos cursos são aprovados em despacho conjunto, conforme previsto no n.º 5 daquela norma.

Este requisito de exigibilidade foi dispensado por um período de um ano, contado da data da entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 293/92, de 30 de Dezembro, e substituído por concursos de prestação de provas teóricas e práticas, nos termos do artigo 26.º do citado diploma, na redacção introduzida pela Lei n.º 52/93, de 14 de Julho.

Considerando que o referido despacho conjunto veio a ser publicado em 22 de Junho de 1995, e que posteriormente à sua publicação não se verificaram em alguns municípios as condições necessárias à sua aplicação, há que proceder à alteração do regime transitório contido no artigo 26.º do normativo legal citado no ponto anterior, de modo a permitir o acesso na carreira de alguns corpos de bombeiros que de outro modo vêm impossibilitada a promoção na carreira.

Foram ouvidas a Associação Nacional de Municípios Portugueses e as associações representativas dos trabalhadores da administração local.

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo único

O artigo 26.º do Decreto-Lei n.º 293/92, de 30 de Dezembro, na redacção introduzida pela Lei n.º 52/93, de 14 de Julho, passa a ter a seguinte redacção:

«Artigo 26.º

Concursos

Nos primeiros concursos que forem abertos até três anos após a data de entrada em vigor do despacho conjunto previsto no n.º 5 do artigo 13.º para categorias para as quais são exigidos o aproveitamento ou aprovação em curso de promoção e não existam condições para a sua realização, este curso pode ser substituído, para aquele efeito, pela prestação de provas teóricas e práticas.»

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 23 de Outubro de 1997. — *António Manuel de Oliveira Guterres* — *Alberto Bernardes Costa* — *João Cardona Gomes Cravinho*.

Promulgado em 21 de Novembro de 1997.

Publique-se.

O Presidente da República, JORGE SAMPAIO.

Referendado em 28 de Novembro de 1997.

O Primeiro-Ministro, *António Manuel de Oliveira Guterres*.

MINISTÉRIO DA SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL

Decreto-Lei n.º 360/97

de 17 de Dezembro

O sistema de verificação de incapacidades, no âmbito da segurança social, encontrava-se regulado em diplomas autónomos.

Reconhecidos os inconvenientes decorrentes deste quadro normativo e tendo em conta a garantia da unidade do sistema, integrou-se num único diploma toda a intervenção relativa à certificação da incapacidade.

A experiência adquirida durante o período de vigência dos diplomas ora revogados determinou a introdução de aperfeiçoamentos considerados adequados aos objectivos visados pelo sistema.

Assim, numa linha de compatibilização com o regime de protecção na doença e visando garantir eficácia na cobertura da eventualidade, foram estabelecidos indicadores de intervenção do sistema de verificação de incapacidades mais compatíveis com a realidade social.

Procurou-se ainda garantir a tutela de situações em que se considerou relevante uma participação mais activa do próprio beneficiário, no sentido da sua co-responsabilização.

Procedeu-se igualmente à harmonização das normas internas com as comunitárias relativamente ao processo de intervenção de incapacidades permanentes quanto a beneficiários residentes no estrangeiro.

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

SECÇÃO I

Objecto e conteúdo da verificação de incapacidades

Artigo 1.º

Objecto

1 — O presente diploma define, no âmbito da segurança social, o sistema de verificação de incapacidades, o qual tem por objecto:

- a) A confirmação da subsistência das condições de incapacidade temporária determinante do direito ao subsídio de doença;
- b) A verificação e revisão de situações de incapacidade permanente determinantes do direito a pensões de invalidez e sobrevivência dos regimes de segurança social;
- c) A verificação das situações de dependência determinantes do direito ao subsídio por assistência de terceira pessoa;
- d) A verificação das situações de deficiência determinantes do direito ao subsídio mensal vitalício;
- e) A verificação da aptidão para o trabalho exigida para o enquadramento no regime de seguro social voluntário;

f) A confirmação das situações de incapacidade temporária dos beneficiários a receber prestações de desemprego, nos termos previstos na lei.

2 — Podem constituir objecto do sistema regulado neste diploma a verificação de outras situações de incapacidade ou deficiência de pessoas abrangidas pelos regimes de segurança social, quando tal for especialmente previsto em diploma próprio.

3 — O disposto no n.º 1 não prejudica a competência atribuída, em termos gerais, aos serviços de saúde, pelo regime jurídico de protecção na doença, para a comprovação da situação de incapacidade temporária para o trabalho dos beneficiários do regime geral de segurança social, nem a atribuída aos serviços e entidades competentes para a verificação das situações causadas por riscos profissionais.

Artigo 2.º

Conteúdo da verificação

1 — A verificação das situações de incapacidade temporária consubstancia-se na avaliação da subsistência da incapacidade.

2 — A verificação das situações de incapacidade permanente ou de dependência integra tanto a análise dos dados relativos às condições físicas, motoras, orgânicas sensoriais e intelectuais dos beneficiários como as referentes às suas repercussões sócio-profissionais.

SECÇÃO II

Natureza e constituição do sistema de verificação de incapacidades

Artigo 3.º

Natureza

1 — O sistema de verificação de incapacidades é um instrumento especializado de peritagem, constituído por meios técnicos de verificação de incapacidades e meios técnicos de assessoria à respectiva coordenação.

2 — Como conjunto de meios humanos e materiais afectos à verificação de incapacidades, integra-se nos centros regionais de segurança social, adiante designados por centros regionais, sem constituir uma estrutura orgânica autónoma.

3 — As referências às competências e estruturas dos centros regionais reportam-se aos órgãos e serviços destas instituições, nos termos estabelecidos ou decorrentes da respectiva lei orgânica.

Artigo 4.º

Meios técnicos de verificação

1 — A verificação técnica da subsistência de incapacidade temporária é assegurada pelas comissões de verificação e de reavaliação, cujo conjunto é designado, no presente diploma, por sistema de verificação de incapacidade temporária.

2 — A verificação técnica das condições de incapacidade permanente e de dependência é assegurada pelo médico relator e pelas comissões de verificação e de recurso, cujo conjunto é designado, no presente diploma, por sistema de verificação de incapacidade permanente.

Artigo 5.º

Meios técnicos de assessoria à coordenação

Asseguram a assessoria técnica à coordenação:

- a) Ao nível regional e sub-regional, os assessores técnicos de coordenação;
- b) Ao nível nacional, o conselho médico nacional.

Artigo 6.º

Recrutamento

Os médicos relatores e os membros das comissões de verificação, de reavaliação e de recurso, bem como os assessores técnicos de coordenação, são recrutados pelo centro regional de entre médicos de clínica geral de reputada experiência e idoneidade no âmbito da peritagem médico-social e ainda especialistas, nos casos em que se mostre conveniente a participação de médicos de determinada especialidade.

Artigo 7.º

Independência técnica

1 — Os médicos relatores, os peritos que integram as comissões de verificação, de reavaliação e de recurso, bem como os assessores técnicos de coordenação, actuam com a independência técnica exigida pela sua própria função, sem prejuízo do dever de cumprimento das disposições estabelecidas no presente diploma e demais normas em vigor.

2 — São definidos pelos centros regionais os critérios de afectação dos processos dos beneficiários, tendo em vista a independência técnica e a garantia da equidade na avaliação das situações.

SECÇÃO III

Âmbito da verificação de incapacidades

Artigo 8.º

Âmbito pessoal

1 — O campo de aplicação pessoal do sistema de verificação de incapacidade temporária é definido em função dos beneficiários abrangidos pelos centros regionais e, no âmbito destes, pelos serviços sub-regionais, sendo extensivo aos beneficiários das caixas de previdência e de outros centros regionais, desde que tenham a sua residência na respectiva área territorial de acção, mediante articulação entre as instituições interessadas.

2 — O campo de aplicação pessoal do sistema de verificação de incapacidade permanente é definido em função dos beneficiários residentes na área territorial dos serviços sub-regionais, incluindo os abrangidos pelas caixas de previdência ainda existentes.

3 — Quando o beneficiário residir fora do território nacional, compete aos médicos relatores e às comissões de verificação e de recurso do serviço sub-regional de Lisboa apreciar a sua incapacidade, salvo quando se tratar de trabalhador fronteiriço, em relação ao qual será competente o serviço sub-regional do centro regional que o abranja.

4 — Para efeitos deste diploma, designam-se por beneficiários as pessoas que se insiram no âmbito pessoal do sistema de verificação de incapacidades.

Artigo 9.º

Âmbito territorial

1 — Os médicos relatores, as comissões de verificação, de reavaliação e de recurso e os assessores técnicos de coordenação exercem a sua acção no âmbito territorial do serviço sub-regional em que se integram, sem prejuízo do disposto no número seguinte.

2 — Em casos devidamente justificados, podem os serviços competentes acordar que a verificação da incapacidade ou dependência dos beneficiários seja apreciada por médico relator ou comissão de verificação, de recurso ou de reavaliação que não sejam os do serviço sub-regional ou da instituição de residência do beneficiário.

Artigo 10.º

Local de funcionamento

1 — Os médicos relatores e as comissões de verificação, de reavaliação e de recurso funcionam nas instalações dos serviços sub-regionais, salvo em situações especialmente previstas neste diploma.

2 — Podem ser utilizadas instalações e equipamentos dos serviços de saúde e do emprego sempre que tal se torne necessário ao exercício das suas atribuições, mediante protocolo a estabelecer entre os centros regionais e as competentes entidades gestoras daqueles serviços.

3 — Os protocolos são celebrados de acordo com regras aprovadas por despacho conjunto dos ministros competentes.

CAPÍTULO II

Meios técnicos de verificação e de assessoria à coordenação e apoio administrativo

SECÇÃO I

Sistema de verificação de incapacidade temporária

SUBSECÇÃO I

Comissões de verificação

Artigo 11.º

Composição e designação

1 — As comissões de verificação de incapacidade temporária são constituídas por dois peritos médicos.

2 — Os peritos médicos das comissões de verificação são designados pelo centro regional.

3 — O centro regional designa, de entre os dois peritos médicos, o que preside à comissão, o qual terá voto de qualidade, em caso de empate.

Artigo 12.º

Competências

Compete às comissões de verificação de incapacidade temporária, face à situação clínica do beneficiário:

- a) Deliberar sobre a subsistência da incapacidade temporária;

- b) Emitir os pareceres médicos que lhes forem solicitados pelos centros regionais.

SUBSECÇÃO II

Comissões de reavaliação

Artigo 13.º

Composição e designação

1 — As comissões de reavaliação de incapacidade temporária são constituídas por três peritos médicos, sendo dois designados pelo centro regional e o terceiro indicado pelo beneficiário.

2 — Dos dois peritos designados pelo centro regional, um preside à comissão de reavaliação e o outro deve ter feito parte da comissão de verificação que observou o beneficiário.

3 — No caso de o beneficiário não indicar o médico no prazo que lhe for fixado pelo centro regional, ou, indicando-o, o mesmo falte, a comissão de reavaliação delibera com a presença dos dois médicos referidos no número anterior, tendo o presidente voto de qualidade, em caso de empate.

Artigo 14.º

Competências

Compete às comissões de reavaliação de incapacidade temporária pronunciar-se sobre a subsistência de incapacidade temporária dos beneficiários, quando se verifique uma das seguintes situações:

- a) Certificação, devidamente fundamentada pelos serviços de saúde, de uma nova situação de incapacidade do beneficiário no período de 90 dias subsequente à data da deliberação da comissão de verificação que considerou a não subsistência de incapacidade temporária para o trabalho;
- b) Manutenção pelos serviços de saúde da situação de incapacidade temporária, após deliberação da comissão de verificação que considerou a não subsistência de incapacidade para o trabalho.

SECÇÃO II

Sistema de verificação de incapacidade permanente

SUBSECÇÃO I

Competências genéricas

Artigo 15.º

Disposição geral

Compete, em geral, aos médicos relatores e às comissões de verificação:

- a) Verificar os danos físicos, orgânicos, anatómico-funcionais, psíquicos e psicológicos dos requerentes ou titulares de prestações pecuniárias dos regimes de segurança social, determinando, com base em todos os elementos de diagnóstico que forem necessários, a origem, a natureza e a extensão da redução física motora, orgânica, sensorial ou intelectual provocada pela incapacidade;

- b) Considerar as capacidades remanescentes do interessado e avaliar as repercussões sócio-profissionais da incapacidade face às perspectivas concretas e actuais da sua reabilitação profissional e inserção no mercado normal de emprego;
- c) Estudar e propor os métodos mais adequados a uma eficaz, objectiva e justa avaliação da incapacidade com base na ponderação das necessidades específicas decorrentes das limitações funcionais detectadas, bem como proceder à definição dos meios necessários à recuperação, com vista ao aproveitamento das capacidades remanescentes.

SUBSECÇÃO II

Médico relator

Artigo 16.º

Designação e competência do médico relator

O médico relator é designado pelo centro regional, incumbindo-lhe preparar os processos de verificação de incapacidade permanente ou de dependência e elaborar os relatórios clínicos que sirvam de base à deliberação das comissões de verificação e à aplicação de instrumentos internacionais de segurança social, bem como, em caso de doença profissional, promover a apreciação do beneficiário pelos serviços clínicos competentes.

Artigo 17.º

Funções

- 1 — São funções do médico relator, designadamente:
- a) Verificar se a informação médica enviada ao centro regional está completa e, caso contrário, dar conhecimento do facto ao beneficiário;
 - b) 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 abriam direito a prestações;
 - c) Promover a obtenção dos meios auxiliares de diagnóstico, bem como dos exames e pareceres especializados que considerar necessários, especialmente nos casos de verificação oficiosa;
 - d) Articular-se directamente com os serviços e estabelecimentos de saúde ou médicos que tenham intervindo na situação clínica do requerente, ou do beneficiário, objecto de verificação de incapacidade permanente, de forma a obter os elementos necessários ao estudo da situação;
 - e) Participar aos serviços competentes as situações passíveis de serem consideradas como doenças profissionais;
 - f) 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;
 - g) Propor que da comissão de verificação de incapacidade permanente faça parte perito de determinada especialidade, sempre que tal se mostre indispensável;

- h) Analisar e dar parecer sobre o fundamento invocado pelo beneficiário nos requerimentos por agravamento do estado de saúde.

2 — A participação prevista na alínea e) do n.º 1 implica a suspensão do processo até à recepção do parecer dos serviços médicos competentes para avaliação da incapacidade por doença profissional.

SUBSECÇÃO III

Comissões de verificação

Artigo 18.º

Composição

1 — As comissões de verificação de incapacidade permanente são constituídas por três peritos, um dos quais assessor técnico de emprego.

2 — Quando estiver em causa a atribuição do subsídio por assistência de terceira pessoa, o assessor técnico de emprego é substituído por médico do sistema, designado para o efeito.

Artigo 19.º

Designação dos membros das comissões

1 — Os peritos médicos das comissões de verificação de incapacidade permanente são designados pelo centro regional, cabendo ao Instituto do Emprego e Formação Profissional, adiante designado por IEFP, assegurar a indicação do assessor técnico de emprego, de preferência médico.

2 — Sempre que o IEFP não possa designar assessores técnicos de emprego para integrar comissões de verificação, podem os centros regionais recrutar para o efeito quaisquer técnicos do sector público ou privado que possuam qualificação adequada àquela função.

Artigo 20.º

Competências

Compete às comissões de verificação:

- a) Apreciar os processos clínicos dos requerentes das prestações ou dos beneficiários sujeitos a processo oficioso de verificação de incapacidade com base nos dados coligidos pelo médico relator e nos demais elementos de diagnóstico constantes do respectivo processo;
- b) Verificar a origem, a natureza, a extensão e a presumível duração de incapacidade detectada, não susceptível de superação através de acções de recuperação funcional ou de adequados e viáveis meios de compensação;
- c) Determinar, com base nas capacidades remanescentes e nas efectivas possibilidades de reabilitação profissional e inserção no mercado normal de emprego, a redução da capacidade profissional do beneficiário;
- d) Concluir sobre o enquadramento das situações verificadas nos critérios legais de atribuição das prestações em causa, especificando as datas a que se reporta a verificação de incapacidade ou de dependência;

- e) Proceder à revisão das situações de incapacidade permanente que abriam direito às prestações, tendo em vista pronunciar-se sobre a evolução das mesmas.

SUBSECÇÃO IV

Comissões de recurso

Artigo 21.º

Composição e designação

1 — As comissões de recurso são constituídas por um perito médico designado pelo centro regional, que preside, por um médico indicado pelo respectivo requerente e por um assessor técnico de emprego que seja médico, o qual é substituído por médico do sistema quando estiver em causa a verificação de dependência.

2 — Os membros da comissão de verificação que tenham deliberado sobre a situação do requerente ou beneficiário não podem fazer parte da comissão de recurso.

3 — No caso da existência de uma única comissão de verificação, é designado perito médico proveniente de outro serviço sub-regional ainda que de outro centro regional.

4 — No caso de o requerente residir fora do território nacional e não indicar um médico no prazo referido no n.º 2 do artigo 61.º, as comissões de recurso serão formadas por um médico designado pelo centro regional, que preside, por um assessor técnico de emprego escolhido nos termos do n.º 1 do presente artigo e por um médico designado pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo encarregue da representação oficiosa e de acompanhamento dos processos de recurso das deliberações das comissões de verificação relativos a requerentes não residentes no território nacional.

Artigo 22.º

Competências

Compete às comissões de recurso apreciar as deliberações das comissões de verificação relativas à situação dos requerentes, não só em relação às condições de saúde, mas também às repercussões sócio-profissionais da incapacidade.

Artigo 23.º

Insuficiência económica do requerente

1 — Sempre que os requerentes de comissões de recurso invoquem e provem insuficiência económica impeditiva da indicação de médico que os represente nas mesmas, a deliberação será tomada por dois médicos, um designado pelo centro regional e o outro pelo IEFP, sem prejuízo do disposto no n.º 6.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, consideram-se em situação de insuficiência económica os requerentes cujo agregado familiar detenha rendimentos líquidos mensais inferiores ao dobro da remuneração mínima garantida à generalidade dos trabalhadores, ou a esta remuneração, tratando-se de requerentes isolados.

3 — O agregado familiar é constituído, para além do requerente e do cônjuge, pelos descendentes ou equiparados que, compartilhando com o mesmo uma vida em comum, auferem rendimentos inferiores ao valor mensal da pensão social, ou ao dobro desta, se forem casados.

4 — Integram o conceito de equiparados a descendentes dos beneficiários requerentes os enteados, os tutelados ou adoptados restritamente pelo próprio ou pelo cônjuge e os menores que lhes estejam confiados, por decisão dos tribunais ou dos serviços tutelares de menores, em vias de adopção, desde que o respectivo processo legal tenha sido iniciado.

5 — Para a consideração da insuficiência económica, constituem meios de prova:

- a) Declaração do beneficiário da composição do agregado familiar;
- b) Documento comprovativo dos rendimentos próprios e do agregado familiar, designadamente, e com prioridade, os documentos fiscais, ou, no caso de impossibilidade de prova, declaração do beneficiário.

6 — Sempre que os requerentes residentes fora do território nacional invoquem e provem insuficiência económica nos termos dos números anteriores, as despesas com o médico encarregue da sua representação oficiosa, a que se refere o n.º 4 do artigo 21.º, ficam a cargo da segurança social.

SECÇÃO III

Assessoria técnica à coordenação

SUBSECÇÃO I

Assessores técnicos de coordenação

Artigo 24.º

Competências

1 — Compete, em geral, aos assessores técnicos de coordenação garantir assessoria tendo em vista o bom funcionamento do sistema de verificação de incapacidades, propondo as medidas consideradas mais adequadas a uma eficaz, justa e objectiva avaliação da incapacidade para o trabalho e das situações de dependência.

2 — Compete, em especial, aos assessores de coordenação técnica:

- a) Contribuir para a definição de indicadores e para o estabelecimento de critérios determinantes da selecção das situações que devam ser objecto da intervenção do sistema de verificação de incapacidades;
- b) Dar parecer quanto aos pedidos de meios auxiliares de diagnóstico, exames e pareceres de médicos especialistas, bem como quanto à conveniência da realização de exames domiciliários, atenta, designadamente, a informação do médico assistente;
- c) Apreciar os pedidos de prorrogação de prazos para conclusão de relatórios pelos médicos relatores ou das comissões de verificação e o arquivamento do processo clínico;

- d) Apoiar tecnicamente os médicos relatores, bem como os peritos médicos das comissões técnicas, na resolução dos problemas que se suscitarem no exercício das suas funções;
- e) Assegurar, quando necessário, as necessárias ligações com os serviços de saúde em tudo o que interesse às peritagens médicas a realizar no âmbito do sistema de verificação de incapacidades;
- f) Analisar e dar parecer sobre reclamações e exposições ou outras questões relacionadas com a peritagem médica, por solicitação do conselho directivo do centro regional, a fim de que este possa fundamentar a respectiva decisão;
- g) Dar parecer sobre a justificação da falta do beneficiário a exame médico, quando a mesma estiver ligada ao foro médico;
- h) Promover a realização de reuniões periódicas, tendo em vista a troca de experiências de carácter técnico-científico e a avaliação do trabalho desenvolvido no âmbito do sistema de verificação de incapacidades;
- i) Dar parecer, quando solicitado, relativamente ao recrutamento do pessoal médico referido no artigo 6.º e à sua designação para fazer parte das comissões de verificação, de reavaliação e de recurso previstas no artigo 4.º

Artigo 25.º

Organização da assessoria técnica à coordenação

1 — Os centros regionais devem estabelecer, em regulamento interno, as normas de organização da assessoria técnica à coordenação que considerem convenientes, atentas as condições concretas do funcionamento do sistema de verificação de incapacidades no respectivo centro e, bem assim, os termos de afectação dos assessores aos respectivos serviços sub-regionais.

2 — Os regulamentos a que se refere o n.º 1 estão sujeitos à aprovação do ministro da tutela, devendo os mesmos ser-lhe apresentados nos seis meses subsequentes à publicação do presente diploma.

SUBSECÇÃO II

Conselho médico nacional

Artigo 26.º

Composição

1 — O conselho médico nacional é composto pelos assessores técnicos de coordenação dos centros regionais e integra dois representantes da Direcção-Geral dos Regimes de Segurança Social.

2 — O conselho médico nacional reúne pelo menos uma vez no ano, sendo os trabalhos coordenados por um representante da Direcção-Geral dos Regimes de Segurança Social nomeado para o efeito, e funciona nos termos do regulamento interno a aprovar pelo ministro da tutela.

3 — Sempre que se mostre conveniente para a análise das questões tratadas nas reuniões, podem ser convidadas a participar outras instituições ou entidades.

Artigo 27.º

Competências

Compete ao conselho médico nacional o estudo e avaliação das questões de natureza médico-funcional suscitadas pela aplicação da legislação reguladora do sistema de verificação de incapacidades, nomeadamente:

- a) O estudo e a avaliação das questões de natureza médico-pericial que forem submetidas à sua análise no âmbito do funcionamento do sistema de verificação de incapacidades;
- b) O acompanhamento técnico da acção médico-pericial dos meios técnicos do sistema de verificação de incapacidades através da elaboração de pareceres e de recomendações sobre as questões que forem objecto de análise;
- c) A recomendação à Direcção-Geral dos Regimes de Segurança Social da adopção das medidas consideradas convenientes à garantia de uma melhor eficiência do sistema de verificação de incapacidades;
- d) A promoção ou a colaboração na realização de reuniões a nível nacional, de natureza especializada ou interdisciplinar, em que sejam debatidas questões de natureza técnica e se proceda ao balanço das actividades desenvolvidas no âmbito do sistema de verificação de incapacidades.

SECÇÃO IV

Apoio administrativo

Artigo 28.º

Funções

Para a realização das tarefas administrativas inerentes ao sistema de verificação das incapacidades, são funções do apoio administrativo, designadamente:

- a) Receber, registar e verificar o correcto preenchimento dos requerimentos e dar-lhes o devido andamento;
- b) Organizar e manter em ordem os processos e expediente referentes ao sistema de verificação das incapacidades;
- c) Organizar e manter actualizados os ficheiros e registos que se mostrem necessários ao controlo da movimentação dos processos;
- d) Assegurar a convocação dos peritos médicos, dos médicos assessores técnicos de emprego e dos requerentes das prestações ou dos beneficiários sujeitos a processo de verificação oficiosa de incapacidade permanente;
- e) Promover e realizar uma correcta articulação com as instituições e serviços intervenientes nos processos de verificação de incapacidade e na atribuição das prestações, incluindo as referentes a doença profissional;
- f) Proceder ao registo de dados estatísticos de acordo com as normas estabelecidas;
- g) Dar conhecimento aos centros de saúde e, quando for caso disso, aos centros de emprego

das deliberações definitivas tomadas na sequência do sistema de verificação de incapacidades;

- h) Assegurar o apoio administrativo aos peritos médicos de verificação e aos assessores técnicos de coordenação.

Artigo 29.º

Garantia de sigilo

Os funcionários que, a qualquer título ou por qualquer forma, intervenham nas actividades de apoio administrativo ficam vinculados, para todos os efeitos, ao sigilo profissional em relação aos processos de verificação de incapacidade.

CAPÍTULO III

Processo de verificação de incapacidades

SECÇÃO I

Verificação da incapacidade temporária

SUBSECÇÃO I

Disposições comuns

Artigo 30.º

Âmbito material

1 — A verificação da subsistência de incapacidades temporárias tem lugar nas situações legalmente previstas e naquelas em que se presume a não existência ou cessação de incapacidades, tendo em conta as de duração superior a 30 dias ininterruptos, designadamente:

- a) Situações susceptíveis de contribuir para a formação de prazos de garantia de acesso a pensões ou a outras prestações;
- b) Situações em que o início de incapacidade temporária coincide com a cessação do contrato de trabalho;
- c) Situações de prorrogação pelos serviços de saúde dos períodos de incapacidade temporária que ultrapassem o período máximo previsto pela comissão de reavaliação;
- d) Situações reiteradas de incapacidades por doença;
- e) Situações identificadas e devidamente fundamentadas em informações dos serviços inspeccionados e de fiscalização, das entidades empregadoras ou de outras entidades idóneas;
- f) Situações correspondentes a actividades ou zonas geográficas com maior incidência de incapacidades por doença;
- g) Situações de incapacidade por doença determinantes da recusa de emprego conveniente, trabalho necessário ou formação profissional durante o período de concessão das prestações de desemprego.

2 — Nas situações previstas na alínea e) do número anterior, revestem natureza prioritária as identificadas pelas entidades empregadoras ou pela Inspeção-Geral do Trabalho.

Artigo 31.º

Princípios de actuação

A selecção das situações de incapacidade temporária objecto de intervenção do sistema de verificação de incapacidades é da competência dos centros regionais que abrangem os beneficiários.

Artigo 32.º

Convocatória para o exame médico

1 — Nas situações em que o exame médico tenha lugar em instalações indicadas pelo centro regional, o beneficiário é convocado para o efeito, pessoalmente ou mediante carta registada.

2 — No acto da convocação, o beneficiário deve ser informado dos efeitos decorrentes da sua não comparecimento e de que deve apresentar, quando da sua observação, informação clínica e elementos auxiliares de diagnóstico comprovativos da sua incapacidade, sem prejuízo do disposto no número seguinte.

3 — No caso de o beneficiário não apresentar, quando da sua observação, os elementos referidos no número anterior, a comissão de verificação, antes de proferir a sua deliberação, pode permitir que o beneficiário proceda à sua posterior junção, no prazo que lhe for indicado.

4 — A informação clínica que alude o n.º 2 não é obrigatória para a realização do exame nem exige suporte específico.

SUBSECÇÃO II

Comissões de verificação

Artigo 33.º

Efeitos das deliberações de não subsistência de incapacidade

As deliberações das comissões de verificação que se pronunciam pela não subsistência da situação de incapacidade temporária para o trabalho determinam os efeitos previstos no regime jurídico de protecção na doença.

Artigo 34.º

Comunicação das deliberações sobre a incapacidade

1 — Da deliberação da comissão de verificação será dado imediato conhecimento ao beneficiário, mediante entrega de documento que a declare.

2 — Cópia do documento a que se refere a parte final do número anterior é enviada, se for caso disso, dentro das quarenta e oito horas subsequentes, à instituição de segurança social que abrange o beneficiário, para os efeitos previstos na lei, nomeadamente a cessação das prestações, quando à mesma houver lugar.

3 — A instituição de segurança social que abrange o beneficiário comunica, de imediato, ao centro de saúde competente a deliberação da comissão de verificação relativa à não subsistência da incapacidade, para conhecimento do médico assistente do beneficiário.

Artigo 35.º**Articulação entre as instituições**

1 — Quando a instituição que abrange o beneficiário não for a da área da sua residência, compete a esta o desenvolvimento de todo o processo de verificação da incapacidade temporária, uma vez recebido o respectivo pedido da instituição que abrange o beneficiário.

2 — O pedido de verificação da incapacidade temporária à instituição da área de residência do beneficiário deve ser sempre acompanhado de cópia do boletim dos serviços de saúde certificativo da incapacidade temporária.

Artigo 36.º**Articulação com entidades empregadoras centralizadoras**

Sempre que a deliberação da comissão de verificação considerar a não subsistência da incapacidade para o trabalho e a respectiva entidade empregadora for centralizadora do pagamento do subsídio de doença, devem as instituições de segurança social comunicar a esta, de imediato, a cessação do subsídio.

SUBSECÇÃO III**Comissões de reavaliação****Artigo 37.º****Intervenção das comissões de reavaliação**

1 — A selecção das novas situações de incapacidade a ser objecto, nos termos da alínea *a*) do artigo 14.º, do exame médico de reavaliação é feita por decisão dos centros regionais em todas as situações em que se manifeste conveniente uma peritagem médica complementar, designadamente nos casos de maior proximidade temporal entre a deliberação da comissão de verificação e o início da nova incapacidade.

2 — Nas situações previstas na alínea *b*) do artigo 14.º, a intervenção das comissões de reavaliação tem lugar quando requerida pelo beneficiário no prazo de 10 dias a contar da data do conhecimento da deliberação da comissão de verificação, desde que junte ao requerimento fundamentação médica atendida da manutenção da incapacidade pelos serviços de saúde.

3 — Os centros regionais podem fazer depender o deferimento do requerimento do beneficiário previsto no número anterior de parecer favorável do assessor técnico de coordenação sobre a fundamentação apresentada.

Artigo 38.º**Efeitos da intervenção das comissões de reavaliação**

1 — Nas situações em que haja lugar à intervenção das comissões de reavaliação nos termos da alínea *a*) do artigo 14.º, a concessão do subsídio de doença fica suspensa enquanto não for proferida a deliberação.

2 — Nos casos previstos na alínea *b*) do artigo 14.º, a concessão do subsídio fica dependente da deliberação da comissão de reavaliação, quando a esta houver lugar.

Artigo 39.º**Accionamento da intervenção das comissões de reavaliação e sua comunicação ao beneficiário**

Quando haja lugar à intervenção das comissões de reavaliação, devem os centros regionais accionar os

meios necessários para essa intervenção, designadamente a comunicação ao beneficiário do regime previsto no artigo 38.º, da possibilidade de indicar um médico para integrar a comissão de reavaliação, do prazo em que o deve fazer e dos efeitos que decorrem da sua não indicação.

Artigo 40.º**Intervenção das comissões de reavaliação**

A intervenção das comissões de reavaliação deve ocorrer no prazo de 30 dias após a entrada no centro regional da certificação da nova incapacidade ou do requerimento do beneficiário, consoante a intervenção tenha lugar a coberto, respectivamente, da alínea *a*) ou da alínea *b*) do artigo 14.º

Artigo 41.º**Efeitos e comunicação das deliberações das comissões de reavaliação**

1 — Sempre que seja reconhecida, por deliberação da comissão de reavaliação, a subsistência da incapacidade temporária para o trabalho do beneficiário, cabe à comissão indicar o período em que haverá lugar ao pagamento do subsídio de doença, informando-se o beneficiário.

2 — O período de pagamento do subsídio de doença não pode exceder a data limite mencionada no boletim dos serviços de saúde certificativo da incapacidade temporária ou de eventuais prorrogações que estes venham a dar e que estejam compreendidas no período máximo de duração do subsídio de doença que tiver sido previsto pela comissão de reavaliação.

3 — À comunicação das deliberações aplica-se, com as necessárias adaptações, o disposto no artigo 34.º

SECÇÃO II**Verificação de incapacidade permanente****SUBSECÇÃO I****Disposições comuns****Artigo 42.º****Iniciativa da verificação**

1 — A verificação e a revisão das situações de incapacidade permanente e de dependência têm lugar a requerimento dos interessados ou officiosamente e a solicitação do Centro Nacional de Pensões ou de outras instituições de segurança social.

2 — A verificação da eventual situação de incapacidade permanente pode ainda ter lugar nas situações de incapacidade temporária que atinjam 365 dias.

Artigo 43.º**Instrução dos requerimentos para atribuição das prestações**

1 — Os requerimentos para atribuição das prestações, nomeadamente dos subsídios por assistência de terceira pessoa, são acompanhados de informação médica, a qual deve estar devidamente fundamentada e instruída.

2 — Tratando-se de pensão por incapacidade permanente para o trabalho, o requerimento deve ainda ser acompanhado de declaração da entidade empregadora ou do próprio, se aquela não existir, relativamente ao trabalho desempenhado nos últimos três anos no exercício da profissão a considerar para efeito da declaração de incapacidade.

3 — A informação médica insere-se em formulários aprovados para o efeito por despacho conjunto dos ministros da tutela.

Artigo 44.º

Informação médica no caso de residência no estrangeiro

1 — No caso de requerentes de prestações residentes no estrangeiro que tenham contribuições para a segurança social portuguesa, os requerimentos devem ser acompanhados de relatório médico e dos dados clínicos e outros elementos auxiliares de diagnóstico reunidos pelos serviços de saúde do país da sua residência ou, quando tal não for possível, por médico da escolha do interessado, caso em que a qualidade profissional desse médico deve ser certificada pelos serviços oficiais de saúde ou segurança social desse país ou pelos serviços consulares portugueses ou dos que representem os interesses de Portugal nesse mesmo país, sem prejuízo do disposto em instrumento internacional a que Portugal se encontre vinculado.

2 — A instituição competente deve solicitar a verificação de incapacidade permanente e remeter o requerimento, acompanhado do relatório e dos outros elementos previstos no número anterior, ao centro regional competente no prazo de 10 dias a contar da data da respectiva entrada.

3 — Se, eventualmente, o requerimento não vier acompanhado do relatório médico e dos outros elementos previstos no n.º 1, pode ser aceite pela instituição competente, sob reserva da sua apresentação no prazo de 45 dias.

Artigo 45.º

Informação médica

1 — É inerente à qualidade de beneficiário da segurança social, ou de requerente das respectivas prestações, o direito à informação médica, prestada nos termos regulados no presente diploma, por parte dos médicos dos serviços de cuidados de saúde primários que o assistam, ou de outros que, integrados no Serviço Nacional de Saúde, lhe prestem assistência.

2 — A informação médica prestada nos termos do número anterior deve ser elaborada aquando da realização de consulta solicitada para o efeito pelo requerente, salvo se houver necessidade de requisitar elementos auxiliares de diagnóstico ou relatórios de especialistas, situação em que a elaboração de informação médica terá lugar na consulta subsequente à respectiva recepção.

3 — A informação médica pode, contudo, ser elaborada por qualquer médico escolhido pelo beneficiário.

4 — A informação médica será consubstanciada no modelo do formulário da situação clínica do beneficiário.

Artigo 46.º

Requisitos da informação médica

1 — A informação médica deve identificar, de forma legível, o médico que a elaborou e estar actualizada e devidamente instruída com os relatórios de especialistas e elementos auxiliares de diagnóstico que fundamentam o respectivo parecer.

2 — Se o médico assistente não possuir os elementos auxiliares de diagnóstico, por estes se encontrarem em outros serviços ou hospitais, deve proceder à respectiva solicitação ou indicar na informação médica qual a entidade que os detém.

3 — Sempre que a situação do beneficiário exija que o respectivo exame médico seja feito no domicílio, deverá mencionar tal circunstância na informação médica.

Artigo 47.º

Informação médica em verificação oficiosa

1 — Nas situações de verificação de incapacidade promovida oficiosamente, o beneficiário é informado de que deve comparecer acompanhado da necessária informação médica, bem como dos elementos auxiliares de diagnóstico ou relatórios de especialistas que a fundamentam, aquando da convocatória para o exame médico a realizar pelo médico relator.

2 — Se, nas situações oficiosas, os beneficiários não apresentarem informação médica nos prazos estabelecidos pelos centros regionais ou esta se revelar insuficiente, podem os médicos relatores requerer os exames e meios auxiliares de diagnóstico que considerarem indispensáveis ou solicitar ao médico que elaborou a informação médica o seu aperfeiçoamento no prazo de 10 dias.

3 — O processo prossegue se, no prazo fixado no número anterior, o médico que elaborou a informação médica não proceder ao seu aperfeiçoamento.

Artigo 48.º

Requisição de meios de prova da situação clínica

1 — Se os médicos relatores e os peritos médicos das comissões de verificação e de recurso concluírem pela necessidade de complementar a informação médica com pareceres de médicos especialistas ou de outros meios auxiliares de diagnóstico que se afigurem indispensáveis à peritagem médica, podem solicitá-los, indicando nos pedidos o carácter de urgência que o caso revestir e a respectiva fundamentação.

2 — Estes exames devem ser requisitados, com prévio sancionamento do assessor técnico de coordenação, em impresso apropriado para o efeito, aos estabelecimentos e serviços de saúde ou às entidades privadas com os quais os centros regionais tenham celebrado acordo para fornecimento de elementos auxiliares de diagnóstico.

3 — Os pareceres dos médicos especialistas devem mencionar com precisão a identidade do requerente e a sua situação clínica, concluindo com clareza sobre a incapacidade, no âmbito da respectiva especialidade médica.

4 — No caso de o beneficiário residir fora do território nacional, os novos elementos que sejam consi-

derados necessários poderão ser requisitados directamente pelos centros regionais ou através do Centro Nacional de Pensões, sem prejuízo do disposto em instrumento internacional a que Portugal se encontre vinculado.

Artigo 49.º

Distribuição do processo

1 — O pessoal encarregado do apoio administrativo deve, no âmbito do processo do sistema de verificação de incapacidade permanente e no prazo de 10 dias úteis a contar da data da entrada dos requerimentos ou do conhecimento do despacho para proceder à verificação oficiosa da incapacidade:

- a) Verificar se o requerente da prestação cumpriu o prazo de garantia, ou promover a verificação deste, no caso de não ter possibilidade directa de o fazer;
- b) Promover a verificação de outras condições administrativas determinantes da atribuição da prestação;
- c) Distribuir os processos pelos médicos relatores de acordo com as regras estabelecidas para o efeito;
- d) Verificar ou promover a verificação, de acordo com a organização dos serviços do centro regional, da insuficiência económica do requerente, para os efeitos previstos no artigo 23.º

2 — As instituições às quais tenha sido solicitada informação nos termos do n.º 1 procedem de imediato à verificação e confirmação das condições administrativas de atribuição das prestações requeridas e à sua comunicação à instituição competente.

3 — Compete ainda ao apoio administrativo remeter aos serviços competentes do centro regional de segurança social ou do Centro Nacional de Pensões os requerimentos das prestações a atribuir pelos mesmos, acompanhados da deliberação do sistema de verificação de incapacidade permanente ou, se for o caso, de informação relativa à falta de requisito de atribuição que lhe caiba averiguar.

4 — A inexistência de algumas das condições de atribuição das prestações determina que seja sustado o processo de partagem.

Artigo 50.º

Funcionamento das comissões

1 — As deliberações das comissões são tomadas por maioria dos votos conformes dos médicos que as compõem, devendo as respectivas declarações ser devidamente expressas.

2 — A deliberação deve ser escrita em formulário próprio, de forma legível, nela se mencionando expressamente a natureza da incapacidade em que o requerente se encontra e a data a partir da qual a situação de incapacidade é reconhecida.

3 — Nas situações em que se verifique empate na votação da comissão de recurso, por a mesma ser constituída apenas por dois elementos, é conferido ao presidente voto de qualidade.

Artigo 51.º

Morte do requerente

1 — A morte do requerente no decurso do processo de verificação de incapacidade permanente determina o respectivo arquivamento, se não existirem ou não for possível recolher os elementos clínicos considerados necessários à deliberação.

2 — Os familiares do requerente podem juntar ao processo os elementos clínicos julgados convenientes para a deliberação.

3 — A deliberação sobre o processo é comunicada à instituição que atribui as prestações, para que, se for caso disso, proceda à sua concessão e ao pagamento dos quantitativos devidos e não pagos.

4 — Da deliberação da comissão de verificação podem os herdeiros habilitados requerer comissão de recurso.

SUBSECÇÃO II

Exame do médico relator

Artigo 52.º

Análise da informação médica

1 — Quando a informação médica se revelar insuficiente, designadamente quanto à caracterização objectiva das patologias referenciadas como causa de incapacidade ou não juntar os meios auxiliares de diagnóstico realizados, o médico relator deve solicitar junto do médico que a elaborou o seu aperfeiçoamento.

2 — No caso de não ser satisfeita a solicitação do médico relator nem o requerente juntar os elementos considerados necessários, o processo clínico pode continuar, se o beneficiário se manifestar nesse sentido, sendo apenas considerados os dados constantes do processo.

Artigo 53.º

Convocatória para o exame médico

1 — Obtidos os elementos que permitam o andamento do processo, os médicos relatores promovem a convocatória dos interessados para exame médico, o qual deve ter lugar de imediato.

2 — O exame médico deve ser convocado, por carta registada, com a antecedência mínima de 10 dias e a indicação expressa do dia, da hora e do local da realização do exame, bem como das consequências da falta de comparência.

3 — Se for possível a convocação pessoal, a mesma deve ser feita por termo no correspondente processo, com observância do disposto no número anterior.

4 — A marcação da data e do local do exame é feita tendo em conta, tanto quanto possível, a residência do interessado e os meios de transporte disponíveis para se deslocar às instalações onde decorrerá o exame.

5 — Se o requerente residir fora do território nacional, apenas há lugar à sua convocação para o exame médico, a levar a efeito pelo médico relator, se aquele o solicitar expressamente aquando da apresentação do requerimento da prestação.

Artigo 54.º**Relatório**

O relatório, elaborado pelo médico relator em formulário aprovado por despacho ministerial, deve expressar o estudo exaustivo da situação clínica do beneficiário em face dos seus antecedentes clínicos, designadamente a informação do médico assistente, a documentação subsidiária e os pareceres de médicos especialistas, e concluir, de forma inequívoca, quanto à origem e natureza da situação verificada, referindo, com o maior desenvolvimento possível, a sintomatologia e a observação do aparelho ou órgãos afectados que deram origem à incapacidade ou dependência.

Artigo 55.º**Prazo para apresentação do relatório**

1 — O médico relator deve concluir o relatório no prazo de 30 dias contado a partir da data do exame do interessado.

2 — O relatório é remetido ao apoio administrativo, que, por sua vez, o envia, com toda a documentação anexa, à comissão de verificação, mediante protocolo para registo da recepção pelo respectivo presidente.

3 — Nas situações em que a comissão de verificação constate que a conclusão do relatório se não encontra fundamentada, devolve-o de imediato e com a fundamentação do facto ao médico relator, que, no prazo de 10 dias, deve proceder ao seu aperfeiçoamento.

4 — Quando o relatório não puder ser concluído nos prazos previstos nos n.ºs 1 e 3, o médico relator justifica o impedimento, solicitando a respectiva prorrogação.

Artigo 56.º**Junção de novos elementos ao processo**

1 — O médico relator deve juntar ao processo clínico quaisquer elementos de diagnóstico ou pareceres de especialistas, desde que os interessados os apresentem até à remessa do relatório à comissão de verificação.

2 — Tais elementos não têm força conclusiva preva-
lente sobre os demais elementos coligidos directamente pelo médico relator ou pelos peritos médicos da comissão de verificação ou de recurso.

SUBSECÇÃO III

Comissões de verificação

Artigo 57.º**Actuação das comissões de verificação**

1 — 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 correcta qualificação legal da situação.

2 — As comissões podem promover o exame médico directo dos requerentes ou a recolha de novos elementos auxiliares de diagnóstico, sempre que tal exame ou aqueles elementos se revelem necessários ao completo esclarecimento da situação clínica.

3 — No caso previsto no número antecedente, as comissões de verificação devem estabelecer contacto com o médico relator responsável pela apreciação da

situação em exame, dando-lhe conhecimento das dúvidas suscitadas ou dos elementos de diagnóstico tidos por necessários.

4 — Quando se mostre conveniente a um mais seguro diagnóstico profissional do interessado, pode o assessor técnico de emprego submetê-lo a testes adequados nos aspectos específicos da sua área de intervenção.

5 — Tratando-se de requerentes residentes no estrangeiro, aplica-se ao exame médico do requerente o disposto no n.º 5 do artigo 53.º

Artigo 58.º**Prazo do parecer das comissões**

1 — As comissões de verificação devem proceder à apreciação dos relatórios clínicos e concluir os respectivos processos no prazo máximo de 10 dias a contar do recebimento, salvo havendo necessidade de proceder a novos exames ou de obter outros elementos auxiliares de diagnóstico.

2 — Verificando-se a situação prevista na parte final do número antecedente, o presidente da comissão informa das razões que impedem o cumprimento do prazo e solicita a sua prorrogação pelo período que julgue adequado, começando o mesmo a ser contado a partir da data da solicitação.

Artigo 59.º**Comunicação das deliberações das comissões de verificação**

1 — A deliberação da comissão de verificação é enviada, no prazo máximo de oito dias, à instituição responsável pela atribuição da prestação, devendo esta emitir a correspondente decisão.

2 — No caso de a prestação não ser atribuída, a instituição competente dá conhecimento do facto ao requerente, através de carta registada, esclarecendo-o sobre o direito que lhe assiste de solicitar a sua apresentação à comissão de recurso.

SUBSECÇÃO IV

Comissões de recurso

Artigo 60.º**Apresentação de recurso**

1 — Nas situações em que a deliberação da comissão for desfavorável ao interessado, pode este requerer a realização de comissão de recurso.

2 — O requerimento deve ser apresentado no prazo de 10 dias a partir da data em que o requerente tomou conhecimento, por comunicação oficial, da deliberação da comissão de verificação, ou no prazo de 45 dias, se o requerente residir no estrangeiro.

3 — Em caso de agravamento da situação clínica do requerente, só podem ser considerados novos elementos auxiliares de diagnóstico justificativos de tal situação se os mesmos derem entrada até ao 5.º dia anterior ao da data marcada pelo centro regional para a realização da comissão de recurso.

Artigo 61.º**Designação do médico do requerente**

1 — O requerente deve indicar no seu pedido de realização de comissão de recurso, sempre que possível, o nome e a residência do médico que designar para fazer parte da respectiva comissão.

2 — Quando o requerente não indique, desde logo, o seu médico, ser-lhe-á dado o prazo de 10 dias, prorrogável por uma só vez, para o designar, findo o qual, se não o fizer, o pedido de comissão de recurso é considerado deserto e o processo arquivado.

3 — Se o requerente residir fora do território nacional pode optar entre designar um médico que o represente na comissão de recurso ou ser representado pelo médico a que se refere o n.º 4 do artigo 21.º, podendo sempre remeter as informações e dados clínicos úteis à deliberação, atento o disposto no n.º 1 do artigo 44.º

Artigo 62.º**Funcionamento das comissões de recurso**

1 — Compete ao perito médico que preside à comissão de recurso convocar os restantes membros e o requerente, que deve ser sempre sujeito a exame, excepto se este residir fora do território nacional e não tiver manifestado, aquando da entrega do requerimento, vontade expressa de comparecer ao exame clínico.

2 — Apenas é permitido um adiamento com o fundamento na falta ou impossibilidade de comparência justificada por parte do médico representante do interessado, podendo este designar médico substituto.

Artigo 63.º**Comunicação das deliberações das comissões de recurso**

À comunicação das deliberações das comissões de recurso aplica-se o disposto no n.º 1 do artigo 59.º

SUBSECÇÃO V**Renovação de requerimentos****Artigo 64.º****Prazos de apresentação**

1 — Sempre que as comissões de verificação ou de recurso entendam que o beneficiário não reúne as condições de incapacidade determinantes da atribuição da prestação requerida, este só pode apresentar novo requerimento para o efeito decorrido um ano após a data da respectiva deliberação.

2 — O disposto no número anterior aplica-se também às situações de não comparência do interessado e do médico que o representa, circunstâncias que determinam o arquivamento do processo clínico nos termos previstos no presente diploma, devendo o respectivo prazo iniciar-se na data da falta ao exame.

3 — O prazo referido no n.º 1 não é aplicável aos casos em que se tenha verificado especial agravamento do estado de saúde do beneficiário e tal facto, devidamente fundamentado, seja objecto da informação médica a que se referem os n.ºs 1 do artigo 45.º e do artigo 46.º

Artigo 65.º**Verificação do agravamento**

1 — O requerimento apresentado nos termos do n.º 3 do artigo anterior obedece aos requisitos estabelecidos neste diploma, devendo ser acompanhado dos formulários devidamente preenchidos e da informação médica correspondente.

2 — Se o médico relator verificar que a informação médica não comprova a existência de agravamento do estado de saúde do beneficiário, deve, no prazo de 10 dias, pronunciar-se sobre o fundamento invocado para agravamento, observando, se for caso disso, o disposto no n.º 1 do artigo 52.º

CAPÍTULO IV**Faltas do interessado e arquivamento do processo****SECÇÃO I****Faltas do interessado****Artigo 66.º****Justificação de faltas**

1 — Se o interessado, devidamente convocado, não se apresentar ao exame clínico no dia, hora e local indicados nem justificar, no prazo dos 10 dias subsequentes, o motivo da não comparência, ou, justificando-o, não for atendível, é considerada falta injustificada.

2 — Considera-se justificada a falta de comparência nos seguintes casos:

- a) Incapacidade física de se deslocar;
- b) Internamento em estabelecimento hospitalar ou detenção em estabelecimento prisional com efectiva impossibilidade física ou legal de se deslocar ao exterior;
- c) Qualquer outro justo impedimento devidamente comprovado.

3 — As situações previstas na alínea a) do número anterior devem ser comprovadas por declaração autenticada pelo médico que assistiu o interessado, onde se refira concretamente o motivo que impediu a deslocação e a data previsível da cessação dessa impossibilidade.

4 — As situações previstas na alínea b) do n.º 2 devem ser certificadas por declaração autenticada dos estabelecimentos respectivos.

5 — Comprovado o impedimento, o exame médico pode ser efectuado na residência do interessado ou, no caso de verificação de incapacidade permanente, no estabelecimento onde o mesmo se encontre internado, devendo, nesta situação, os estabelecimentos de saúde proporcionar os meios necessários à realização do referido exame.

6 — O interessado deve avisar o centro regional da impossibilidade da sua comparência logo que, estando impedido nas circunstâncias referidas no n.º 2, haja sido convocado para o exame.

7 — Apenas são permitidos aos beneficiários dois adiamentos justificados.

Artigo 67.º

Avaliação da justificação da falta de comparência

1 — A avaliação da justificação da falta do beneficiário ao exame médico é da competência do centro regional que o tenha convocado, precedendo parecer do assessor técnico de coordenação, quando a justificação apresentada estiver ligada ao foro médico.

2 — Na avaliação das causas determinantes das faltas do beneficiário, a prevalência da convocatória só poderá ser posta em causa a título excepcional, designadamente quando as mesmas se apresentarem de forma imperativa ou suscitarem adiamentos de intervenções médicas ou paramédicas geradoras de agravamento do estado de saúde ou de inequívoco atraso da respectiva melhoria.

SECÇÃO II

Arquivamento do processo

Artigo 68.º

Arquivamento do processo de verificação

O processo pericial de verificação é arquivado, com os efeitos previstos nos regimes jurídicos das correspondentes prestações:

- a) Em caso de falta injustificada do beneficiário aos exames médicos;
- b) Na sequência do disposto no n.º 2 do artigo 62.º, quando o médico representante do interessado não compareça à segunda convocatória para a constituição de comissão de recurso;
- c) Quando tiver ocorrido impossibilidade de deliberação clínica por falta de apresentação de informação médica pedida nas situações previstas neste diploma, sem prejuízo do disposto no n.º 2 do artigo 52.º;
- d) Quando for diagnosticada doença de causa profissional como fundamento exclusivo da incapacidade;
- e) Na sequência do disposto no n.º 7 do artigo 66.º, quando não haja lugar à realização do exame;
- f) Após deliberação definitiva dos meios técnicos de verificação;
- g) Quando o médico relator seja de parecer que não existe fundamento para considerar agravamento do estado de saúde.

Artigo 69.º

Comunicação do arquivamento do processo de verificação

1 — O centro regional competente, tendo em vista a conclusão do processo, comunica, sendo caso disso, à instituição responsável pela atribuição da prestação o arquivamento do processo de verificação, bem como o seu fundamento, no prazo de 10 dias.

2 — Quando o beneficiário for convocado para exame médico por instituição que o não abranja, a falta ao exame é igualmente comunicada, nas quarenta e oito horas subsequentes ao termo do prazo fixado no n.º 1 do artigo 66.º, à instituição competente.

Artigo 70.º

Devolução dos elementos auxiliares de diagnóstico

1 — Os centros regionais apenas são obrigados a devolver aos beneficiários os elementos auxiliares de diagnóstico que lhes sejam solicitados no prazo de 60 dias após a comunicação da decisão que o processo merecer.

2 — O levantamento dos elementos referidos no número anterior é feito no apoio administrativo ou no serviço que o centro regional indique.

CAPÍTULO V

Regime financeiro

Artigo 71.º

Encargos dos centros regionais

1 — Compete aos centros regionais suportar os encargos resultantes de:

- a) Funcionamento das comissões;
- b) Actuação dos médicos relatores;
- c) Actuação dos assessores técnicos de coordenação;
- d) Despesas com o funcionamento do conselho médico nacional;
- e) No âmbito da verificação das incapacidades permanentes, exames médicos especializados e outros elementos auxiliares de diagnóstico que não constituam encargos dos serviços de saúde;
- f) Transporte em ambulância para efeitos, no âmbito da verificação de incapacidades, da realização de exames médicos e obtenção de elementos auxiliares de diagnóstico cujo encargo não seja da responsabilidade de outros organismos ou entidades;
- g) Transporte em ambulância para efeitos, no âmbito de verificação de subsistência ou confirmação de incapacidades temporárias, de comparência do beneficiário a exame médico, desde que os peritos médicos venham a reconhecer expressamente a necessidade do recurso a este meio de transporte;
- h) Despesas com honorários do médico que representa o beneficiário nas comissões de reavaliação ou de recurso, quando a deliberação lhe seja favorável, nos termos da tabela legalmente estabelecida.

2 — Os encargos previstos nas alíneas a) e b) do n.º 1 compreendem as despesas com transportes nas situações previstas no n.º 5 do artigo 66.º, desde que não imputáveis ao interessado nos termos legalmente previstos.

Artigo 72.º

Encargos dos serviços de saúde

Compete aos serviços de saúde, designadamente aos serviços de cuidados primários, suportar os encargos relativos à informação médica referida no n.º 1 do artigo 45.º, incluindo os respeitantes aos meios auxiliares de diagnóstico que os fundamentem.

Artigo 73.º**Encargos do beneficiário**

1 — Compete ao beneficiário suportar:

- a) As despesas com as comissões de reavaliação ou de recurso por si requeridas cuja deliberação lhe for desfavorável;
- b) Os honorários e eventuais despesas de transporte do médico por si designado para as comissões de reavaliação ou de recurso, caso não seja confirmada a incapacidade;
- c) As despesas resultantes de faltas injustificadas do próprio beneficiário ou do médico que o representa, desde que devidamente convocados;
- d) As despesas de informação médica referidas no n.º 3 do artigo 45.º

2 — As despesas com os transportes não abrangidas pelas alíneas *f*) e *g*) do n.º 1 do artigo 71.º constituem encargo do beneficiário e são calculadas em conformidade com as normas regulamentares em vigor.

3 — Se o beneficiário não satisfizer o pagamento previsto no n.º 1, o centro regional toma as medidas necessárias com vista a cobrança coerciva da dívida.

4 — Se o beneficiário se encontrar abrangido por instituição de segurança social diferente daquela que promover a verificação das incapacidades, deve a mesma dar conhecimento da dívida à instituição que o abrange, que actuará de harmonia com o disposto no número anterior.

5 — Não são exigíveis aos beneficiários as despesas previstas nos números anteriores quando integradas em processos de revisão da incapacidade permanente solicitada pelas instituições.

CAPÍTULO VI**Regime de trabalho****Artigo 74.º****Peritos médicos**

1 — A contratação dos peritos médicos é feita pelos centros regionais em regime de avença.

2 — A colaboração a prestar pelos assessores técnicos de emprego nas comissões é regulada em acordos de cooperação a celebrar entre os centros regionais e o IEFP, segundo normas gerais aprovadas por despacho ministerial.

Artigo 75.º**Condições de trabalho**

1 — As condições inerentes ao exercício das funções dos membros das comissões de verificação, de reavaliação e de recurso dos médicos relatores e dos assessores técnicos de coordenação bem como os respectivos critérios de contratação, são objecto de despacho ministerial.

2 — Os contratos de avença regem-se pelo disposto no artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 41/84, de 3 de Fevereiro, na redacção que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 299/85, de 29 de Julho, conjugada com o Decreto-Lei n.º 55/95, de 29 de Março, e são obrigatoriamente reduzidos a escrito.

3 — As remunerações dos membros das comissões de verificação, de reavaliação e de recurso, bem como dos médicos relatores e dos assessores técnicos de coordenação, são fixadas em tabela aprovada por despacho ministerial e determinadas em função, respectivamente, do número de apreciações finais de verificação de incapacidade realizadas e dos relatórios concluídos e, no caso dos assessores técnicos de coordenação, da percentagem média de ocupação de horas de trabalho semanal.

Artigo 76.º**Acumulação e incompatibilidades**

1 — O exercício da actividade pericial no âmbito do sistema de verificação de incapacidades em acumulação com o exercício de funções em estabelecimentos ou serviços de saúde obedece ao regime geral em vigor sobre incompatibilidades e acumulações, sem prejuízo do disposto nos números seguintes.

2 — As funções exercidas pelos médicos do sistema de verificação de incapacidades não são compatíveis com o exercício de funções em estabelecimentos ou serviços de saúde integrados no Serviço Nacional de Saúde.

3 — A acumulação das funções referidas no número anterior é, contudo, permitida desde que, cumulativamente, se verifiquem as seguintes condições:

- a) O médico não esteja sujeito ao regime de dedicação exclusiva;
- b) O respectivo regime de duração semanal de trabalho não exceda o período de trinta e cinco horas;
- c) Os horários a praticar não sejam total ou parcialmente coincidentes.

Artigo 77.º**Impedimentos**

1 — Os peritos médicos vinculados ao sistema de verificação de incapacidades previsto neste diploma não podem intervir nos processos de verificação de beneficiários de que sejam médicos assistentes ou naqueles para os quais tenham contribuído com elementos de avaliação fora do âmbito das inerentes funções periciais.

2 — Nos casos referidos no número anterior, os peritos médicos devem declarar o respectivo impedimento logo que recebida a comunicação da instituição para integrarem as comissões técnicas, acompanhada de listagem dos beneficiários convocados.

Artigo 78.º**Faltas de comparecimento do perito médico**

1 — Nas suas faltas e impedimentos, os médicos do sistema de verificação de incapacidades são obrigados a fazer-se substituir, correndo por sua conta as correspondentes despesas.

2 — Sempre que a natureza ou a duração do impedimento o justifique, nomeadamente quando este seja prolongado, pode a instituição outorgante suprir a falta do médico impedido através dos mecanismos previstos na lei para a prestação de trabalho não subordinado.

CAPÍTULO VII

Sanções

Artigo 79.º

Contra-ordenação

Sem prejuízo da responsabilidade criminal que couber, as falsas declarações dos beneficiários relativas ao estado de insuficiência económica referido no artigo 23.º ou às causas que determinaram a iniciativa da verificação prevista no artigo 42.º constituem contra-ordenações, puníveis com coima de 50 000\$ a 100 000\$.

CAPÍTULO VIII

Disposições finais

Artigo 80.º

Articulação entre a saúde e a segurança social

O acompanhamento da intervenção dos sectores da saúde e da segurança social é desenvolvido por uma comissão conjunta integrando elementos das áreas intervenientes, a designar por despacho conjunto dos respectivos ministros no prazo de três meses a contar da publicação do presente diploma.

Artigo 81.º

Residentes em Macau

As referências feitas no presente diploma a residentes no estrangeiro devem considerar-se como abrangendo também o território de Macau.

Artigo 82.º

Normas de execução

Os procedimentos administrativos, bem como os suportes de informação previstos nos artigos 10.º, 21.º, 25.º, 26.º, 43.º, 54.º, 74.º, 75.º e 80.º, considerados necessários à aplicação deste diploma, são aprovados pelo Ministro da Solidariedade e Segurança Social, salvo se tiverem matéria da tutela dos Ministros da Saúde ou para a Qualificação e o Emprego, caso em que a aprovação será conjunta.

Artigo 83.º

Remissões

As remissões feitas na legislação vigente para os diplomas revogados devem considerar-se feitas para o presente diploma.

Artigo 84.º

Revogação

1 — O presente diploma revoga a seguinte legislação:

Decreto-Lei n.º 144/82, de 27 de Abril;
Decreto-Lei n.º 236/92, de 27 de Outubro;
Decreto Regulamentar n.º 8/91, de 14 de Março;

Despacho n.º 133/SESS/89, de 24 de Janeiro de 1990;

Despacho n.º 57/SESS/91, de 1 de Julho;

Despacho n.º 106/SESS/92, de 21 de Novembro;

Despacho n.º 108/SESS/92, de 23 de Novembro;

Despacho n.º 3/SESS/93, de 20 de Janeiro;

Despacho n.º 34/SESS/93, de 13 de Maio;

Despacho n.º 43/SESS/93, de 14 de Junho;

Despacho n.º 59/SESS/93, de 9 de Agosto;

Despacho n.º 62/SESS/96, de 23 de Dezembro.

2 — Mantêm-se em vigor, até à respectiva revisão, os formulários de informação médica previstos no presente diploma, aprovados por despacho conjunto dos ministros competentes.

Artigo 85.º

Início de vigência

O presente diploma entra em vigor no 1.º dia do 3.º mês seguinte ao da sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 3 de Outubro de 1997. — *António Manuel de Oliveira Guterres* — *Maria de Belém Roseira Martins Coelho Henriques de Pina* — *Maria João Fernandes Rodrigues* — *Eduardo Luís Barreto Ferro Rodrigues*.

Promulgado em 21 de Novembro de 1997.

Publique-se.

O Presidente da República, JORGE SAMPAIO.

Referendado em 28 de Novembro de 1997.

O Primeiro-Ministro, *António Manuel de Oliveira Guterres*.

REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES

Assembleia Legislativa Regional

Decreto Legislativo Regional n.º 24/97/A

Alteração do Decreto Legislativo Regional n.º 11/87/A, de 26 de Junho (orgânica da segurança social)

A organização das instituições de segurança social na Região Autónoma dos Açores foi redefinida em 1987, através da criação de institutos públicos com competências próprias e autonomia de gestão.

A experiência veio demonstrar a necessidade de reajustamentos na definição da forma de funcionamento desses institutos, por forma a racionalizar os meios existentes e a gestão das mesmas instituições.

No que concerne ao Centro de Gestão Financeira da Segurança Social, pretende-se uma maior responsabilização do administrador, que passa assim a integrar o conselho de administração.

No âmbito do Instituto de Gestão de Regimes de Segurança Social (IGRSS), procede-se a diversas modificações, designadamente no que concerne à redefinição das competências do conselho de administração e também do seu presidente, ao serem-lhe atribuídas funções