



SEGURANÇA SOCIAL

## PRESTAÇÕES FAMILIARES

### REQUERIMENTO DE BONIFICAÇÃO POR DEFICIÊNCIA

Antes de preencher leia com atenção as informações

#### 1 ELEMENTOS RELATIVOS AO REQUERENTE

Nome completo	<input type="text"/>		
Data de nascimento	<input type="text"/> ano <input type="text"/> mês <input type="text"/> dia	N.º de Identificação de Segurança Social	<input type="text"/>
Telemóvel / Telefone	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
		E-mail	<input type="text"/>

#### 2 IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA / JOVEM (A preencher no caso de o jovem não ser o requerente)

Nome completo	<input type="text"/>		
Data de nascimento	<input type="text"/> ano <input type="text"/> mês <input type="text"/> dia	N.º de Identificação de Segurança Social	<input type="text"/>

#### 3 CERTIFICAÇÃO

Tomei conhecimento de que devo comunicar, aos serviços da Segurança Social, qualquer alteração da informação prestada, até ao mês seguinte ao da sua verificação.

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

ano  mês  dia

Assinatura do beneficiário/requerente ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação civil válido

#### 4 INFORMAÇÕES / LOCAL E PRAZO DE ENTREGA

A última página (**quadro 5**) é destinada a certificação médica e faz parte integrante deste requerimento.

O requerimento deve ser apresentado nos serviços da Segurança Social:

- Conjuntamente com o requerimento de Abono de Família para Crianças e Jovens, modelo RP 5045-DGSS, se já existir a situação de deficiência;
- No prazo de seis meses, contados a partir do mês seguinte àquele em que se verificou a deficiência.

No caso de requerer após aquele prazo, a prestação será paga, apenas, a partir do mês seguinte ao da apresentação do requerimento.

**Os dados constantes deste documento são registados no Sistema de Informação da Segurança Social. Poderá consultar pessoalmente a informação que lhe diz respeito, bem como solicitar a sua correção.**

**As falsas declarações são punidas nos termos da lei.**

**5 CERTIFICADO MÉDICO (A preencher pelo médico <sup>(1)</sup>)**

Nome completo do médico \_\_\_\_\_ ,  
portador da Cédula Profissional n.º \_\_\_\_\_ emitida pela Ordem dos Médicos, declara que,  
no exercício da sua atividade profissional, observou \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ cuja identidade confirmou, tendo verificado que o mesmo é, desde \_\_\_\_\_ ano \_\_\_\_\_ mês \_\_\_\_\_ dia  
portador da seguinte deficiência, a qual determina ou pode vir a determinar, na criança/jovem, os efeitos abaixo indicados:

**Deficiência**

- |                                       |                                    |                                       |   |                                      |
|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Por perda    | <input type="checkbox"/> Congénita | <input type="checkbox"/> De estrutura | } | <input type="checkbox"/> Psicológica |
| <input type="checkbox"/> Por anomalia | <input type="checkbox"/> Adquirida | <input type="checkbox"/> De função    |   | <input type="checkbox"/> Intelectual |
|                                       |                                    |                                       |   | <input type="checkbox"/> Fisiológica |
|                                       |                                    |                                       |   | <input type="checkbox"/> Anatómica   |

**Natureza da Deficiência**

- Permanente     Não permanente

**Efeitos no desenvolvimento da Criança/Jovem**

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

**Situação em que se encontra a Criança/Jovem**

- Necessita de atendimento individualizado específico, adequado à natureza e características da deficiência referida como meio de impedir o seu agravamento, anular ou atenuar os seus efeitos e permitir a sua plena integração social.

Natureza do atendimento individualizado:     pedagógico     terapêutico

Condições em que deve ser prestado o atendimento individualizado:

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

**(Especificação da forma de atendimento)**

- Frequenta, está internado ou em condições de frequência ou de internamento em estabelecimento especializado de reabilitação

A informação clínica que fundamenta o presente certificado está devidamente anotada e guardada em

**(Identificação do ficheiro clínico)**

\_\_\_\_\_ ano \_\_\_\_\_ mês \_\_\_\_\_ dia

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico

**(1)** A certificação deve ser efetuada por equipas multidisciplinares de avaliação médico-pedagógica ou, não as havendo, por médico especialista na deficiência em causa ou ainda pelo médico assistente.