



SEGURANÇA SOCIAL

## PROTEÇÃO SOCIAL NA PARENTALIDADE

### REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO

- Risco Clínico Durante a Gravidez** <sup>(1)</sup>     **Interrupção da Gravidez** <sup>(1)</sup>     **Riscos Específicos**

Antes de preencher leia a informação dos quadros 7 e 8

#### 1 IDENTIFICAÇÃO DA REQUERENTE

Nome completo

Data de nascimento  ano  mês  dia    N.º de Identificação de Segurança Social

N.º de Identificação Fiscal

Telemóvel / Telefone  Fax  E-mail

#### 2 ELEMENTOS RELATIVOS AOS SUBSÍDIOS

Assinale com X as situações que lhe correspondem

**Risco Clínico Durante a Gravidez**    Data previsível do parto  ano  mês  dia

**Interrupção da Gravidez**    Data da ocorrência  ano  mês  dia

**Riscos Específicos**

**Exerce atividade independente ou está abrangido pelo Regime do Seguro Social Voluntário?**     Sim     Não

**Se respondeu Sim**, indique as condições em que exerce a atividade:

Trabalho noturno

Exposição a agentes ou processo ou condições de trabalho que constituam risco para a segurança e saúde

#### 3 PERÍODOS DE IMPEDIMENTO PARA O TRABALHO E OUTROS ELEMENTOS

Período de impedimento para o trabalho de  ano  mês  dia a  ano  mês  dia ; de  ano  mês  dia a  ano  mês  dia  
de  ano  mês  dia a  ano  mês  dia ; de  ano  mês  dia a  ano  mês  dia ; de  ano  mês  dia a  ano  mês  dia

No caso de estar ou **ter estado abrangida por outro regime de proteção social obrigatório (nacional ou estrangeiro)** nos últimos seis meses anteriores à data do impedimento, indique o nome da instituição e do respetivo período:

de  ano  mês  dia a  ano  mês  dia ; de  ano  mês  dia a  ano  mês  dia ; de  ano  mês  dia a  ano  mês  dia

#### 4 MODO DE PAGAMENTO

O subsídio pode ser pago por depósito em conta bancária, para o que deve indicar o Número Internacional de Conta Bancária (IBAN):

Na falta deste elemento ou indicação incorreta do IBAN será utilizado outro meio de pagamento.

**(1)** O requerimento do subsídio é dispensado se a situação for comprovada através do Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho, emitido pelos serviços competentes do Serviço Nacional de Saúde.

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

## 5 CERTIFICAÇÃO DA REQUERENTE

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

Tomei conhecimento de que devo comunicar ao serviço de Segurança Social qualquer facto que determine a cessação do subsídio, no prazo de 5 dias úteis a partir da data da sua verificação.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura da requerente ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido

## 6 CERTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR (A preencher, apenas, no caso de Subsídio por Riscos Específicos)

Nome completo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N.º de Identificação de Segurança Social \_\_\_\_\_

Não é possível atribuir à trabalhadora grávida, puérpera e lactante um horário de trabalho diurno compatível

Não é possível atribuir à trabalhadora grávida, puérpera e lactante tarefas que evitem a exposição a agentes, processos ou condições de trabalho que constituam risco para a sua segurança e saúde

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo

## 7 DOCUMENTOS A APRESENTAR

### Para todos os subsídios

- Documento da instituição bancária comprovativo do IBAN, no caso de pretender que o pagamento seja efetuado por depósito em conta bancária;
- Formulário Mod. RV 1009-DGSS, no caso da requerente não estar identificada na segurança social.

### Subsídio por Risco Clínico Durante a Gravidez / Subsídio Social por Risco Clínico Durante a Gravidez

Declaração médica comprovativa da situação de risco clínico com indicação do período de impedimento para o trabalho.

### Subsídio por Interrupção da Gravidez / Subsídio Social por Interrupção da Gravidez

Declaração médica comprovativa da situação de interrupção da gravidez com indicação do período de impedimento para o trabalho (este período deve ser graduado entre 14 a 30 dias).

### Subsídio por Riscos Específicos / Subsídio Social por Riscos Específicos (apenas se a requerente exercer atividade independente ou estiver abrangida pelo Regime do Seguro Social Voluntário)

Declaração médica efetuada por médico do trabalho ou por instituição ou serviço integrado no serviço nacional de saúde, comprovando o desempenho do trabalho noturno ou de exposição a agente ou processos ou condições de trabalho que constituam risco.

## 8 LOCAL E PRAZO DE ENTREGA

O Requerimento deve ser apresentado, **no prazo de seis meses a contar do 1.º dia de impedimento para o trabalho**:

- nos serviços de atendimento da Segurança Social, em suporte papel;
- através do preenchimento do requerimento online, no **serviço Segurança Social Direta em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)**, se a entidade competente para o tratamento do requerimento for o Instituto da Segurança Social, I.P. ou os órgãos competentes das administrações das Regiões Autónomas.

Os dados pessoais apresentados serão objeto de tratamento pelos serviços competentes da Segurança Social (Instituto da Segurança Social, I.P., Instituto da Segurança Social dos Açores, I.P.R.A e Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM) para os fins a que se destina o presente formulário e serão conservados pelo prazo estritamente necessário à prossecução desses fins.

Os referidos Serviços da Segurança Social, comprometem-se a proteger os seus dados pessoais e a cumprir as suas obrigações no âmbito da proteção de dados. Para mais informações sobre a proteção de dados, consulte o portal da Segurança Social em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)