SEGURANÇA SOCIAL

SUBSÍDIO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL

DECLARAÇÃO MÉDICA DA NECESSIDADE E TIPO DE APOIO

Esta declaração, se for preenchida manualmente, deve utilizar letra de imprensa. Para preenchimento *on-line*, aceda a www.seg-social.pt

1 ELEMENTOS DO REQUERENTE

Nome completo

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

2 CERTIFICADO MÉDICO (a preencher pelo médico)

Nome completo do médico _____ , com o

N.º de Identificação Fiscal _____ , portador da Cédula Profissional n.º _____ ,

emitida pela Ordem dos Médicos _____ , especialista em _____

_____ declara que,

no exercício da sua atividade profissional, observou _____

cuja identidade confirmou, certificando que o mesmo, em função das características da deficiência apresenta o seguinte quadro clínico:

Diagnóstico (tanto quanto possível, aproximado à DSM 5/CID 10) **e evolução clinica pormenorizada**

- Especificar para cada domínio (cognitivo, comportamental, etc.) o impacto funcional que justifique uma necessidade educativa especial:

- Descrever as alterações específicas da funcionalidade da criança/jovem decorrentes de tal quadro diagnóstico:

(continua na pág. seguinte)

As falsas declarações e omissões são punidas nos termos da lei

2 CERTIFICADO MÉDICO (a preencher pelo médico) (continuação)

Histórico da deficiência

Tratamentos anteriores (indicar quando começaram e quais as terapias/apoios já ministrados):

Melhorias verificadas até à presente data:

Tipo de apoio que necessita:

☐ Creche ou Jardim de Infância ☐ Estabelecimento de Educação Especial ☐ Estabelecimento Particular ou Cooperativo de Ensino Regular(1)

☐ Apoio Individual por Técnico Especializado N.º de sessões ___ (_____) Periodicidade das sessões _____

Caracterização do apoio (designadamente, identificação, condições em que o apoio deve ser prestado e respetiva fundamentação):

A informação clínica que fundamenta o presente certificado está devidamente anotada no Processo n.º _____

na seguinte entidade: _____

Identificação do Ficheiro Clínico

_____ / _____ / _____

ano mês dia

_____

Assinatura do médico

(1) Esta situação deve ser utilizada no caso de a criança/jovem ter frequentado o Ensino Especial e não ter transitado para Estabelecimento Público de Ensino.

3 INFORMAÇÕES

Esta Declaração Médica deve ser apresentada conjuntamente com requerimento de Subsídio de Educação Especial, Mod. RP 5020-DGSS, no caso de, em ano anterior, ter recebido este subsídio.

O apoio prescrito não pode ser prestado:

1 - Pelo médico especialista que elabora esta Declaração Médica

2 - Por clínica médica em que o médico especialista, que elabora esta Declaração Médica, tenha participação societária ou com a qual mantenha uma relação laboral

A violação do disposto nos pontos 1 e 2 determina que o médico especialista tenha que devolver o apoio pago pela Segurança Social.