



SEGURANÇA SOCIAL

**PROTEÇÃO SOCIAL NA PARENTALIDADE**  
**Subsídio de Assistência a Filho com Deficiência,**  
**Doença Crónica ou Doença Oncológica**

**Declaração Médica**

\_\_\_\_\_ (nome do médico),  
portador da Cédula Profissional n.º \_\_\_\_\_, emitida pela Ordem dos Médicos  
declara, por sua honra profissional, que a criança/jovem abaixo indicada é portadora de deficiência/  
doença crónica/ doença oncológica (**riscar o que não interessa**).

Mais declara, para efeitos de atribuição de Subsídio de Assistência a Filho com Deficiência, Doença  
Crónica ou Doença Oncológica, que a criança/jovem, devido à patologia identificada, necessita de  
cuidados e de assistência permanentes, a serem prestados pelo(a) progenitor(a)  
\_\_\_\_\_, com o N.º de  
Identificação de Segurança Social \_\_\_\_\_, pelo período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Identificação da criança/jovem**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº de Identificação de Segurança Social: \_\_\_\_\_

Nº de Utente Saúde: \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico