



SEGURANÇA SOCIAL

PRESTAÇÕES FAMILIARES PROVA DA DEFICIÊNCIA

1 ELEMENTOS DA CRIANÇA/JOVEM

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

2 IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

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

3 CERTIFICAÇÃO

Declaro que a informação que prestei é verdadeira e completa.

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

ano mês dia

Assinatura do beneficiário ou de outra pessoa a seu rogo (assinatura de outra pessoa quando o beneficiário não pôde ou não sabe assinar) conforme documento de identificação válido

4 INFORMAÇÕES

Local de entrega

A Prova da deficiência deve ser apresentada nos serviços da Segurança Social, até
ano mês dia .

Prazo de entrega

A não apresentação dentro do prazo, salvo justificação atendível, determina a cessação do direito à prestação a partir de
ano mês dia .

(continua na pág. seguinte)

Os dados pessoais recolhidos serão objeto de tratamento pelos serviços da Segurança Social (Instituto da Segurança Social, I.P., Instituto da Segurança Social dos Açores, I.P.R.A. e Instituto da Segurança Social da Madeira, I.P.RAM) e serão conservados pelo prazo necessário para cumprir a finalidade a que se destinam.

O referido Instituto compromete-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.

As falsas declarações são punidas nos termos da lei

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 _____ , 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 com o objetivo 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)

- Frequente, 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)

Vinheta do médico

_____ 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.