



SEGURANÇA SOCIAL

PRESTAÇÕES FAMILIARES PROVA DA DEFICIÊNCIA

1 ELEMENTOS RELATIVOS À 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

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 ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido)

LOCAL E PRAZO DE ENTREGA

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

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 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

As falsas declarações são punidas nos termos da lei

CERTIFICADO MÉDICO (A preencher pelo médico ⁽¹⁾)

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

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	<input type="checkbox"/>

Natureza da Deficiência

Permanente Não permanente

Efeitos no desenvolvimento da criança/jovem

Situação em que se encontra a criança/jovem

Necesita 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)

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)

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.