



## 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 Necessidade de Deslocação a Unidade Hospitalar fora da Ilha de Residência da Grávida para Realização do Parto / Subsídio Social por Necessidade de Deslocação a Unidade Hospitalar fora da Ilha de Residência da Grávida para Realização do Parto.

Declaração médica comprovativa de que a grávida, residente nas Regiões Autónomas, necessita de se deslocar a unidade hospitalar fora da sua ilha de residência, por indisponibilidade ou inexistência de recursos técnicos e humanos na sua ilha de residência, com indicação do período considerado necessário e adequado.

### 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.

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)

## 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 ou enviado pelo correio;

- 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.

## VALIDAÇÃO DA ASSINATURA (a preencher pelos serviços da Segurança Social)

Confirmo que a assinatura do:  **requerente** ou  **rogado** está em conformidade com o seguinte documento de identificação:

Cartão de Cidadão     Bilhete de Identidade     Passaporte     Outro \_\_\_\_\_

Número \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ ano    \_\_\_\_ mês    \_\_\_\_ dia

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo da Segurança Social