

- Risco Clínico Durante a Gravidez<sup>1</sup>
 Interrupção da Gravidez<sup>1</sup>
 Riscos Específicos

**!** Antes de preencher leia a informação do quadro 6.

### Dados da requerente

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

 -  - 

ano mês dia

Telemóvel ou telefone

E-mail

### Dados relativos aos subsídios

Assinale as situações que lhe correspondem

**Risco Clínico Durante a Gravidez** Data previsível do parto  -  -

ano mês dia

**Interrupção da Gravidez** Data da ocorrência  -  -

ano mês dia

**Riscos Específicos**

Exerce atividade independente ou está abrangido pelo Regime do Seguro Social Voluntário?  Sim  Não

Se respondeu **sim**, indique as condições em que exerce a atividade:

Trabalho noturno

Exposição a agentes ou processo ou condições de trabalho que constituam risco para a segurança e saúde

### Períodos de impedimento para o trabalho e outros elementos

Indique os períodos de impedimento para o trabalho

de  -  -  a  -  -

ano mês dia ano mês dia

de  -  -  a  -  -

ano mês dia ano mês dia

de  -  -  a  -  -

ano mês dia ano mês dia

de  -  -  a  -  -

ano mês dia ano mês dia

de  -  -  a  -  -

ano mês dia ano mês dia

de  -  -  a  -  -

ano mês dia ano mês dia

No caso de estar ou **ter estado abrangida por outro regime de proteção social obrigatório (nacional ou estrangeiro)** nos últimos seis meses anteriores à data do impedimento, indique:

Nome da Instituição

Períodos

de  -  -  a  -  -

ano mês dia ano mês dia

de  -  -  a  -  -

ano mês dia ano mês dia

de  -  -  a  -  -

ano mês dia ano mês dia

de  -  -  a  -  -

ano mês dia ano mês dia

<sup>1</sup> O requerimento do subsídio é dispensado se a situação for comprovada através do Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho, emitido pelos serviços competentes do Serviço Nacional de Saúde.

4

## Declarações

**Tenho conhecimento** que devo comunicar ao serviço da Segurança Social qualquer facto que determine o fim (cessação) do pagamento do subsídio, **no prazo de 5 dias úteis** a partir da data da sua verificação.

**Declaro** que a informação que prestei é completa e verdadeira.

### Data

-  -   
 ano                      mês                      dia

### Assinatura

Assinatura da requerente ou de outra pessoa a seu rogo (assinatura de outra pessoa quando a requerente não pode ou não sabe assinar) conforme documento de identificação válido.

5

## Declarações 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

### Data

-  -   
 ano                      mês                      dia

### Assinatura e carimbo

6

## Informações



### Documento a apresentar

- ▶ Para todos os subsídios:
  - ▷ Formulário de inscrição/enquadramento de trabalhador por conta de outrem - RV 1009, no caso do requerente não estar identificado 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 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.

## Informações (continuação)

### € Conta bancária

O pagamento de todas as prestações/subsídios ou pensões que recebe ou que venha a receber será efetuado para o IBAN (Número Internacional de Conta Bancária) registado no sistema de informação da Segurança Social.

Se ainda não registou o IBAN ou se o pretender atualizar poderá fazê-lo:

- ▶ Na Segurança Social Direta em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt).
- ▶ Nos Serviços de Atendimento da Segurança Social entregando o Requerimento de Registo ou Alteração de IBAN – MG 14.

Se o IBAN registado estiver incorreto ou se não tiver IBAN registado, o pagamento de todas as prestações/subsídios ou pensões que recebe ou que venha a receber será efetuado para a modalidade de pagamento que estiver registada no sistema de informação da Segurança Social.

### ☰ Formulários

Os formulários estão disponíveis na Segurança Social Direta em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt) e nos Serviços de Atendimento.

### 📍 Prazo e local de entrega

O requerimento deve ser apresentado, **no prazo de 6 meses a contar do 1.º dia de impedimento para o trabalho:**

- ▶ Na Segurança Social Direta em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt), através do preenchimento do requerimento online, 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;
- ▶ Nos Serviços de Atendimento da Segurança Social ou enviado pelo correio.

### Proteção de dados



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, IP-RAM) e serão conservados pelo prazo necessário para cumprir a finalidade a que se destinam.

Os 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 a Segurança Social Direta em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt).

### A preencher pela Segurança Social

Confirmo que a assinatura da  **Requerente**  **Pessoa que assinou a rogo** 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