



Subsídio de Assistência a Filho com Deficiência, Doença Crônica ou Doença Oncológica

(Aplicável à Adoção, Apadrinhamento Civil e Famílias de Acolhimento)

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

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 ou pessoa equiparada _____

com o N.º de Identificação de Segurança Social [REDACTED], pelo período de

□ □ / □ □ / □ □ □ □ a □ □ / □ □ / □ □ □ □

dia mês ano

dia mês ano

ano

Identificação da criança/jovem

Nome

Data de nascimento

N.º de Identificação de Segurança Social

Nº de Utente Saúde

□ □ / □ □ / □ □ □ □

dia mês ano

Data

□□□□ / □□□□ / □□□□□□

dia mês ano

Assinatura do médico

(colocar carimbo ou vinheta)