



Por Nascimento  Por Doença ou Acidente<sup>1</sup>



▶ Antes de preencher leia a informação do [quadro 8](#).

### 1 Dados do requerente (pessoa que presta assistência)

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano mês dia

Telemóvel ou telefone

E-mail

Indique a situação do requerente relativamente à pessoa identificada no [quadro 2](#).

Avô/Equiparado  Avó/Equiparada

### 2 Dados do neto/equiparado

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano mês dia

### 3 Subsídio por nascimento de neto/equiparado

Nome do menor de 16 anos

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano mês dia

O neto, filho de menor de 16 anos, vive em comunhão de mesa e de habitação com o requerente  Sim  Não do subsídio?

A assistência a neto é partilhada pelos avós?  Sim  Não

Se respondeu **sim**, indique no [quadro 5](#) o período de impedimento para o trabalho do outro avô.

Se respondeu **não**, indique, relativamente ao outro avô:

Exerce atividade profissional?  Sim  Não

Está impossibilitado de prestar assistência?  Sim  Não

Pediu o subsídio pelo mesmo motivo?  Sim  Não

<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

### Subsídio por doença ou acidente de neto/equiparado

A necessidade de assistência ao neto motivou a falta ao trabalho de outro avô?  Sim  Não

Se respondeu **sim**, indique, relativamente ao outro avô:

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Nome da Instituição pela qual está abrangido:

Ex: Segurança Social, Caixa Geral de Aposentações, organismo estrangeiro ou outro

Indique, relativamente aos progenitores:

Exercem atividade profissional?  Sim  Não

Estão impossibilitados de prestar assistência?  Sim  Não

Pediram o subsídio pelo mesmo motivo?  Sim  Não

Identificação do progenitor impedido de prestar assistência

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano mês dia

5

### Dados do cônjuge do requerente/equiparado

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano mês dia

Exerce atividade profissional?

Sim  Não

Se respondeu **sim**, indique o nome da instituição pela qual está abrangido

Ex: Segurança Social, Caixa de Previdência, Caixa Geral de Aposentações ou organismo estrangeiro

Período de impedimento para o trabalho

de -- a -- de -- a --

ano

mês

dia

ano

mês

dia

ano

mês

dia

ano

mês

dia

6

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

Indique os períodos de impedimento para o trabalho

de -- a -- de -- a --

ano

mês

dia

ano

mês

dia

ano

mês

dia

ano

mês

dia

de -- a -- de -- a --

ano

mês

dia

ano

mês

dia

ano

mês

dia

ano

mês

dia

No caso de estar ou **ter estado abrangido 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 -- de -- a --

ano

mês

dia

ano

mês

dia

ano

mês

dia

ano

mês

dia

de -- a -- de -- a --

ano

mês

dia

ano

mês

dia

ano

mês

dia

ano

mês

dia

# 7

## Declarações

**Tenho conhecimento** que devo comunicar ao serviço da Segurança Social qualquer facto que determine o fim (cessação) 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 do requerente ou de outra pessoa a seu rogo (assinatura de outra pessoa quando o requerente não pode ou não sabe assinar) conforme documento de identificação válido.

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

# 8

## Informações

### Documento a apresentar

- ▶ Para todas as situações:
  - ▷ [Formulário de Inscrição/Enquadramento de Trabalhador por Conta de Outrem - RV 1009](#), no caso do requerente não estar identificado na Segurança Social;
  - ▷ [Formulário de Identificação de Pessoas Singulares Abrangidas pelo Sistema de Proteção Social de Cidadania - RV 1017](#) e os documentos comprovativos solicitados, no caso de não estar inscrito na Segurança Social.
- ▶ No caso de nascimento:
  - ▷ Declaração do médico do estabelecimento ou serviço de saúde comprovativa do parto ou apresentação de documento de identificação civil do neto.
- ▶ No caso de doença ou acidente:
  - ▷ Declaração médica que indique o período de impedimento para o trabalho necessário para garantir a assistência inadiável e imprescindível ao neto.

### 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, em suporte papel.

### 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:

- ▶ pela Internet, 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](#). O formulário encontra-se disponível em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)

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.

## 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 de 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 o site da Segurança Social em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)

### A preencher pela Segurança Social

Confirmando que a assinatura do/a  **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**