SEGURANÇA SOCIAL

PROTECÇÃO SOCIAL NA PARENTALIDADE

REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO

☐ **Risco clínico durante a gravidez (1)** ☐ **Interrupção da gravidez (1)** ☐ **Riscos específicos**

ANTES DE PREENCHER LEIA A INFORMAÇÃO DOS QUADROS 7 E 8

1. Identificação da requerente

Nome

Data de Nascimento (Ano / Mês / Dia) Nº Identificação de Seg. Social

Nº Identificação Fiscal Cód. Rep. Finanças

Telefone E-mail

2. Elementos relativos aos subsídios

Assinale com X as situações que lhe correspondem

☐ **Risco clínico durante a gravidez** Data previsível do parto ____/____/____

☐ **Interrupção da gravidez** Data da ocorrência ____/____/____

☐ **Riscos específicos**

Exerce actividade independente ou está abrangida pelo regime do seguro social voluntário? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu Sim, indique as condições em que exerce a actividade:

☐ Trabalho nocturno

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

3. Períodos de impedimento para o trabalho e outros elementos

Período do impedimento para o trabalho de ____/____/____ a ____/____/____ ; de ____/____/____ a ____/____/____

de ____/____/____ a ____/____/____ ; de ____/____/____ a ____/____/____ ; de ____/____/____ a ____/____/____

No caso de estar ou **ter estado abrangida por outro regime de protecção social obrigatório (nacional ou estrangeiro)** nos últimos seis meses anteriores à data do impedimento, indique o nome da instituição e do respectivo período:

de ____/____/____ a ____/____/____ ; de ____/____/____ a ____/____/____ ; de ____/____/____ a ____/____/____

4. Modo de pagamento

O subsídio pode ser pago por depósito em conta bancária, para o que deve indicar o Número de Identificação Bancária (NIB):

Na falta deste elemento ou indicação incorrecta do NIB, será utilizado outro meio de pagamento.

(continua no verso)

(1) 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.

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.

_____ / __ / _____

Assinatura da requerente ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido

6. Certificação do empregador (a preencher pelo empregador no caso de **subsídio por riscos específicos**)

Nome completo

Nº Identificação de Segurança Social

☐ Não é possível atribuír à trabalhadora grávida, puérpera e lactante um horário de trabalho diurno compatível

☐ Não é possível atribuír 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

_____ / __ / _____

Assinatura e carimbo

7. Documentos a apresentar

Para todos os subsídios
- Documento da instituição bancária comprovativo do NIB, no caso de pretender que o pagamento seja efectuado por depósito em conta bancária;
- Formulário Mod. RV 1005-DGSS ou 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 riscos específicos/Subsídio social por riscos específicos (apenas se a requerente exercer actividade independente ou estiver abrangida pelo regime do seguro social voluntário)
- Declaração médica efectuada por médico do trabalho ou por instituição ou serviço integrado no serviço nacional de saúde, comprovando o desempenho do trabalho nocturno ou de exposição a agente ou processos ou condições de trabalho que constituam risco.

ATENÇÃO: No seu próprio interesse **mantenha a sua morada actualizada** na segurança social. Pode utilizar:
- de preferência, o serviço *online* Segurança Social Directa, na INTERNET em www.seg-social.pt;
- o formulário Mod. MG02-DGSS, o qual pode obter nos serviços de atendimento da segurança social ou através da INTERNET, naquele mesmo endereço, na opção formulários.

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, em suporte papel;
- através do preenchimento do requerimento *online*, no **serviço Segurança Social Directa em 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.

OS DADOS CONSTANTES DESTE DOCUMENTO SERÃO OBJECTO DE REGISTO INFORMÁTICO NA BASE DE DADOS DA SEGURANÇA SOCIAL. PODERÁ CONSULTAR PESSOALMENTE A INFORMAÇÃO QUE LHE DIZ RESPEITO, BEM COMO SOLICITAR A SUA CORRECÇÃO.

AS FALSAS DECLARAÇÕES SÃO PUNIDAS NOS TERMOS DA LEI