

## PROTEÇÃO SOCIAL NA PARENTALIDADE

## **REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO**

Necessidade de Deslocação a Unidade Hospitalar fora da Ilha de Residência da Grávida para Realização do Parto Antes de preencher leía a informação dos quadros 7 o 8  IDENTIFICAÇÃO DA REQUERENTE  Nome completo  Data de nascimento  Nº de Identificação de Segurança Social  Pelemóvel / Telefone  Fax  E-mail  ELEMENTOS RELATIVOS AOS SUBSÍDIOS  Assinale com X as situações que lhe correspondem  Risco Clínico Durante a Gravidez  Data previsível do parto  Assinale com X as situações que lhe correspondem  Risco Clínico Durante a Gravidez  Data previsível do parto  Assinale com X as situações que lhe correspondem  Risco 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  3 PERÍODOS DE IMPEDIMENTO PARA O TRABALHO E OUTROS ELEMENTOS  Período de impedimento para o trabalho de ano mes da ano mes da ano mes da ano mes da com mes da ano mes da ano mes da com mes da co	Risco Clínico Durante a Gra	nvidez (1) Interr	upção da Gravidez (1)	Riscos Específicos	
Data de nascimento	Necessidade de Deslocação a U	nidade Hospitalar fora	da Ilha de Residência da Grá	vida para Realização do Parto	
Nome completo  Data de nascimento					
Data de nascimento	1 IDENTIFICAÇÃO DA REQUER	ENTE			
Nº de Identificação Fiscal		N.º de Identif	icacão de Seguranca Social		
Elementos Relativos Aos Subsíbios  Assinale com X as situações que lhe correspondem  Risco Clínico Durante a Gravidez  Data previsível do parto  Interrupção da Gravidez  Data da ocorrência  Necessidade de deslocação a unidade hospitalar fora da ilha de residência da grávida  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  Período de impedimento para o trabalho de ano mes da a					
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 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  3 PERÍODOS DE IMPEDIMENTO PARA O TRABALHO E OUTROS ELEMENTOS  Período de impedimento para o trabalho de ano mes das anos mes da					
Assinale com X as situações que lhe correspondem    Risco Clinico Durante a Gravidez   Data previsível do parto	Telemóvel / Telefone	Fax	_ E-mail		
Risco Clínico Durante a Gravidez   Data previsível do parto   Jano   més dia   Jano   Mão   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    3   PERÍODOS DE IMPEDIMENTO PARA O TRABALHO E OUTROS ELEMENTOS    Período de impedimento para o trabalho   de   Jano   més dia	2 ELEMENTOS RELATIVOS AOS	SSUBSÍDIOS			
Interrupção da Gravidez  Data da ocorrência  Ano mês dia  Necessidade de deslocação a unidade hospitalar fora da ilha de residência da grávida  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  3 PERÍODOS DE IMPEDIMENTO PARA O TRABALHO E OUTROS ELEMENTOS  Período de impedimento para o trabalho de ano mês dia a ano mês dia ano mês dia a ano mês dia ano mês	As	sinale com X as situações	que lhe correspondem		
Necessidade de deslocação a unidade hospitalar fora da ilha de residência da grávida  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  3 PERÍODOS DE IMPEDIMENTO PARA O TRABALHO E OUTROS ELEMENTOS  Período de impedimento para o trabalho de ano mes dia a	Risco Clínico Durante a Gravidez	Data previsível do parto			
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  3 PERÍODOS DE IMPEDIMENTO PARA O TRABALHO E OUTROS ELEMENTOS  Período de impedimento para o trabalho de	Interrupção da Gravidez	Data da ocorrência	ano mês dia		
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  3 PERÍODOS DE IMPEDIMENTO PARA O TRABALHO E OUTROS ELEMENTOS  Período de impedimento para o trabalho de ano mes dia a ano mes dia ano mes di					
Se respondeu Sim, indique as condições em que exerce a atividade:    Trabalho noturno	Riscos Específicos			ano mes dia	
Período de impedimento para o trabalho de	Se respondeu Sim, indique as condiçõe  Trabalho noturno	es em que exerce a ativida	de:		
No caso de estar ou <b>ter estado abrangida por outro regime de proteção social obrigatório (nacional ou estrangeiro)</b> nos últimos seis meses anteriores à data do impedimento, indique o nome da instituição e do respetivo período:  de	3 PERÍODOS DE IMPEDIMENTO	PARA O TRABALHO	E OUTROS ELEMENTOS		
4 MODO DE PAGAMENTO O subsídio pode ser pago por depósito em conta bancária, para o que deve indicar o Número Internacional de Conta Bancária (IBAN), o	No caso de estar ou <b>ter estado abrangida</b>	n por outro regime de	proteção social obrigatório	(nacional ou estrangeiro) nos	
O subsídio pode ser pago por depósito em conta bancária, para o que deve indicar o Número Internacional de Conta Bancária (IBAN), o		del a	; deano mês dia ; deano	més dia ano més dia	
	4 MODO DE PAGAMENTO				
				cional de Conta Bancária (IBAN), o 🕽	
Na falta daqueles elementos ou indicação incorreta do IBAN, serão utilizados os dados da modalidade de pagamento que consta registada no sistema de informação da Segurança Social.			ados os dados da modalidade c	de pagamento que consta registada	

(1) O requerimento do subsidio 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.

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, apenas, no caso de Subsídio por Riscos Específicos)				
Nome completo				
N.º de 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				
ano més 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				
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 <b>serviço Segurança Social Direta em www.seg-social.pt</b> , 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				

5 CERTIFICAÇÃO DA REQUERENTE