



SEGURANÇA SOCIAL

**DECLARAÇÃO MÉDICA**  
**SUBSÍDIO POR FREQUÊNCIA**  
**DE ESTABELECIMENTO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL**  
**APOIO INDIVIDUAL ESPECIALIZADO**

**1 ELEMENTOS RELATIVOS AO REQUERENTE**

Nome completo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_\_ N.º de Identificação de Segurança Social \_\_\_\_\_  
ano mês dia

**2 CERTIFICADO MÉDICO <sup>(1)</sup>** (A preencher pelo médico - crianças e jovens dos 0 aos 24 anos)

Nome completo do médico \_\_\_\_\_, portador da  
Cédula Profissional n.º \_\_\_\_\_, emitida pela Ordem dos Médicos \_\_\_\_\_,  
especialista em \_\_\_\_\_ declara que,  
no exercício da sua atividade profissional, observou \_\_\_\_\_  
cuja identidade confirmou, tendo verificado que o mesmo é, desde \_\_\_\_\_, portador de deficiência, motivada por  
redução  permanente de capacidade:  Física  Motora  Orgânica  Sensorial  Intelectual que  
 não permanente  
determina o seguinte quadro:

**Efeitos produzidos pela deficiência:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Tipo de atendimento de que necessita:**

Estabelecimento de Educação Especial  Estabelecimento Particular de Ensino Regular  Apoio Individual especializado  
N.º de sessões \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) Periodicidade das sessões \_\_\_\_\_

**Condições em que o atendimento deve ser prestado e respetiva fundamentação:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A informação clínica que fundamenta o presente certificado está devidamente anotada e guardada em

Identificação do Ficheiro Clínico

\_\_\_\_\_  
ano mês dia

Assinatura do médico

(1) Não aplicável caso o jovem seja avaliado por equipa multidisciplinar nos serviços de Segurança Social.

**3 CERTIFICAÇÃO DO REQUERENTE**

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

\_\_\_\_\_  
ano mês dia

(Assinatura conforme documento de identificação civil válido)