



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 ⁽¹⁾ (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

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.

(Assinatura conforme documento de identificação civil válido)