



- Risco Clínico Durante a Gravidez¹
- Interrupção da Gravidez¹
- Riscos Específicos
- Necessidade de Deslocação a Unidade Hospitalar fora da Ilha de Residência da Grávida para Realização do Parto

! Antes de preencher leia a informação do [quadro 6](#).

Dados da requerente

1

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento - -
ano mês dia

Telemóvel ou telefone

E-mail

Dados relativos aos subsídios

2

Assinale as situações que lhe correspondem

Risco Clínico Durante a Gravidez Data previsível do parto - -
ano mês dia

Interrupção da Gravidez Data da ocorrência - -
ano mês dia

Necessidade de deslocação a unidade hospitalar fora da ilha de residência da grávida - -
ano mês dia

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

Períodos de impedimento para o trabalho e outros elementos

3

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

de - - a - - de - - a - -
ano mês dia ano mês dia ano mês dia ano mês dia

No caso de estar ou **ter estado abrangida 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

¹O 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

Declarações

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

5

Declarações do empregador (A preencher, apenas, no caso de Subsídio por Riscos Específicos)

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

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

Data

- -
 ano mês dia

Assinatura e carimbo

6

Informações

Documento a apresentar

- ▶ Para todos os subsídios:
 - ▷ [Formulário de inscrição/enquadramento de trabalhador por conta de outrem - RV 1009](#), no caso do requerente não estar identificado 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.

Informações (continuação)

6

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, 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 ou enviado pelo correio.

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
- ▶ 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

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

A preencher pela Segurança Social

Confirmo que a assinatura da **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