



**DECLARAÇÃO MÉDICA**

\_\_\_\_\_,  
(nome do médico)

portador da Cédula Profissional n.º \_\_\_\_\_, emitida pela Ordem dos Médicos declara, por sua honra profissional, que a criança/jovem abaixo indicada é portadora de:

- Deficiência     Doença crónica     Doença oncológica

Mais declara, para efeitos de atribuição de Subsídio de Assistência a Filho com Deficiência, Doença Crónica ou Doença Oncológica, que a criança/jovem, devido à patologia identificada, necessita de cuidados e de assistência permanentes, a serem prestados pelo(a) progenitor(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, com o N.º de Identificação de Segurança Social \_\_\_\_\_, pelo período de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
dia                      mês                      ano  
a \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
dia                      mês                      ano

**Identificação da criança/jovem**

Nome \_\_\_\_\_

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

**Data**  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
dia                      mês                      ano

**Assinatura do médico**  
\_\_\_\_\_  
(colocar carimbo ou vinheta)