



PROTEÇÃO SOCIAL NA MATERNIDADE, PATERNIDADE E ADOÇÃO
- REGIME CONTRIBUTIVO -
REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO DE:

Risco Clínico durante a gravidez

Interrupção da gravidez

1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome Completo	_____	

Data Nascimento	__/__/____ (dd/ mm/ aaaa)	Número Identificação Segurança Social (NISS) _____
Telemóvel	_____	E-mail _____

2. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE *(a preencher apenas quando o requerente é o representante legal do beneficiário)*

Nome Completo	_____	

Data Nascimento	__/__/____ (dd/ mm/ aaaa)	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nacionalidade	_____	Relação com beneficiário _____
Número Identificação Segurança Social (NISS)	_____	
Telemóvel	_____	E-mail _____
Para cidadãos nacionais (Indique pelo menos dois documentos de identificação)		
Certidão Nascimento RDTL	Bilhete Identidade	Cartão eleitoral
_____	_____	_____
Para estrangeiros:		
Passaporte	Data validade __/__/____ (dd/ mm/ aaaa)	
_____	_____	
Morada		
Rua	Aldeia/Bairro	Suco
_____	_____	_____
Posto Administrativo	Município	País
_____	_____	_____



3. OCORRÊNCIA DO EVENTO E IMPEDIMENTO PARA O TRABALHO

Indique o período de impedimento para o trabalho/gozo de licença:

de ____/____/____ a ____/____/____ num total de dias¹
(dd/ mm/ aaaa) (dd/ mm/ aaaa)

¹ Deve indicar o número de **dias úteis**, caso se aplique a Lei laboral da Função Pública (artigo 15º DL nº21/2011) ou o número de **dias seguidos**, caso se aplique a Lei do Trabalho (artigo 59º da Lei nº4/2012, de 21 de Fevereiro)

Em caso de Risco Clínico durante a Gravidez

Data previsível do parto: ____/____/____
(dd/ mm/ aaaa)

Em caso de Interrupção da Gravidez

Data da ocorrência: ____/____/____
(dd/ mm/ aaaa)

4. CARREIRA CONTRIBUTIVA DO REQUERENTE NO ESTRANGEIRO

Trabalha ou trabalhou noutro país (estrangeiro)? Sim Não

Se respondeu **Sim**, indique:

Nome País	Está/esteve abrangido por regime de Segurança Social nesse país?		Número de Segurança Social nesse país	Período Contributivo						
	Sim	Não		Data Início			Data Fim			
				dia	mês	ano	dia	mês	ano	

O regime de segurança social estrangeiro garante apoio em caso de risco clínico durante a gravidez/interrupção de gravidez?

Não Sim

Se respondeu **Sim**, indique: a) Requereu o subsídio? Não Sim

Se requereu, em que data? ____/____/____
(dd/ mm/ aaaa)



5. ACUMULAÇÃO COM OUTRAS PRESTAÇÕES SOCIAIS

Recebe atualmente outras pensões ou benefícios sociais?

Sim

Não

Se respondeu **sim**, assinale com "X" **TODAS** as opções aplicáveis

Benefícios	Valor ilíquido mensal (USD)	Entidade Pagadora
Prestações de Segurança Social em Timor-Leste		
Subsídio de Maternidade/Paternidade/Adoção Regime Geral		
Outro Subsídio de Risco Clínico durante a gravidez Regime Geral		
Outro Subsídio de Interrupção de gravidez Regime Geral		
Pensão Social Velhice		
Pensão Social Invalidez		
Pensão Velhice Regime Transitório		
Pensão Sobrevivência Regime Transitório		
Pensão Invalidez Regime Transitório		
Pensão Velhice Regime Geral		
Pensão Sobrevivência Regime Geral		
Pensão Invalidez Absoluta Regime Geral		
Pensão Invalidez Relativa Regime Geral		
Prestações de Segurança Social Estrangeira		
Subsídio de Maternidade/Paternidade/Adoção		
Subsídio de Risco Clínico durante a gravidez		
Subsídio de Interrupção de gravidez		
Outro Subsídio de proteção na parentalidade		
Pensão Velhice		
Pensão Sobrevivência		
Pensão Invalidez Absoluta		
Pensão Invalidez Relativa		
Outras Prestações/Benefícios		
Pensão Veteranos		
Pensão Vitalícia		
Outras Prestações/Benefícios <i>(descreva quais, abaixo)</i>		



6. DETALHES BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO

Titular da conta bancária	_____		
Número da conta bancária	_____	IBAN	_____
SWIFT	_____	País	_____
		Nome do Banco	_____

7. REQUERIMENTO

Venho requerer o subsídio de:

Risco Clínico durante a gravidez Interrupção da gravidez

8. CERTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

As informações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante

Após a concessão do subsídio que estou a requerer, comprometo-me a comunicar à segurança social qualquer facto que possa determinar a suspensão ou cessação do subsídio, no prazo de 5 dias úteis após da data daquele facto.

_____/_____/_____
(dd/ mm/ aaaa)

Assinatura de trabalhador, conforme doc. de
identificação civil



9. DOCUMENTOS ANEXOS A APRESENTAR

Obrigatórios

- Cópia de documentos de identificação civil válidos, do beneficiário e do requerente, quando não se trate da mesma pessoa
- Certificação médica, com indicação do período de impedimento para o trabalho e data prevista do parto (no caso do risco clínico) ou data da ocorrência (no caso da interrupção da gravidez)
- Declaração da Entidade Empregadora do beneficiário, com indicação do 1º dia e da duração da licença, da falta ou dispensa ao trabalho e, se for caso disso, dos dias em que tenha havido remuneração (de acordo com modelo próprio aprovado)

Quando aplicável

- Declaração da Instituição de Segurança Social estrangeira, comprovando o enquadramento, com indicação da cobertura e do Nº de Segurança Social no país estrangeiro e com confirmação de descontos e ou titularidade de prestação, quando aplicável
- Cópia do cartão de funcionário ou agente da Administração Pública, quando aplicável
- Procuração para representação legal, quando aplicável

Nota: Deve ter em atenção que os serviços da Segurança Social podem solicitar a apresentação de outros documentos, quando os mesmos se relevarem necessários

10. PRAZO E LOCAL DE ENTREGA DO REQUERIMENTO

Local de entrega do requerimento

- em papel, nos Serviços da Segurança Social em Díli, na RAEOA ou nos Municípios
- em papel, nas representações diplomáticas de Timor-Leste no estrangeiro, no caso do interessado residir no estrangeiro
- por email, para seguranca.socialtl@gmail.com (o requerimento enviado por email deve estar devidamente preenchido, assinado e conter todos os anexos)
- online (*no futuro, encontra-se em construção*)

Prazo de entrega do requerimento

O requerimento deve ser entregue dentro do prazo de **seis meses** a contar do facto determinante da proteção, ou seja, a contar do primeiro dia de impedimento para o trabalho.