

	<b>NAT 04.02.05</b>  <b>Anexo E</b>	<b>Exemplar nº</b>
		<b>Pag 1 de 9</b>
		<b>09MAI2017</b>
<b>Assunto:</b>	<b>PRESTAÇÕES FAMILIARES (Subsídio de bonificação por deficiência, Subsídio mensal vitalício, Subsídio por assistência de terceira pessoa e Subsídio por frequência de estabelecimento de educação especial) – MODELO DE REQUERIMENTO</b>	

## 1. REQUERIMENTO PARA SUBSÍDIO DE BONIFICAÇÃO POR DEFICIÊNCIA E SUBSÍDIO MENSAL VITALÍCIO

  
 S. R.  
 MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL  
 EXÉRCITO PORTUGUÊS

U/E/O \_\_\_\_\_

### PRESTAÇÕES ENCARGOS FAMILIARES

**REQUERIMENTO PARA ATRIBUIÇÃO DE**

- Subsídio de bonificação por deficiência  
 Subsídio mensal vitalício

**Importante:**

- O direito às Prestações por Encargos Familiares depende do valor do património mobiliário do seu agregado familiar não ser superior a 101.116,80 EUR.
- As falsas declarações sobre a composição do agregado familiar e respetivos rendimentos determinam a inibição do acesso ao direito às prestações sociais acima referidas, durante um período de 24 meses.

#### 1 ELEMENTOS RELATIVOS AO REQUERENTE <sup>(1)</sup>

Nome completo \_\_\_\_\_  
 Posto/Categoria \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (ano, mês, dia)      N.º de Identificação Militar (NIM) \_\_\_\_\_  
 N.º de Identificação Fiscal \_\_\_\_\_  
 Relação do requerente com a criança / jovem \_\_\_\_\_  
 Este subsídio foi requerido pela mesma criança ou jovem a outra instituição?  Sim  Não  
 Família Monoparental  Sim  Não  
 (1) Encarregado de educação ou outra pessoa que tenha a criança / jovem com deficiência a cargo.

#### 2 ELEMENTOS RELATIVOS AO DESCENDENTE PARA QUE É REQUERIDO SUBSÍDIO

Nome completo \_\_\_\_\_  
 N.º de Identificação (CC/BI) \_\_\_\_\_      N.º de Identificação Fiscal \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (ano, mês, dia)      N.º de Identificação de Segurança Social \_\_\_\_\_  
 O descendente vive a cargo do requerente?  Sim  Não  
 Vive em comunhão de mesa e habitação com o requerente?  Sim  Não  
 O descendente recebeu ou requereu Pensão Social?  Sim  Não

#### 3 ELEMENTOS SOBRE VALOR DO PATRIMÓNIO MOBILIÁRIO DO REQUERENTE E DO AGREGADO FAMILIAR À DATA DE APRESENTAÇÃO DO REQUERIMENTO

Possuem, na presente data, valores depositados em contas bancárias, ações, obrigações, certificados de aforro, títulos e unidades de participação em instituições de investimento coletivo ou outros valores mobiliários, cujo montante total seja superior a €101.116,80?  Sim  Não

#### 4 CERTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

- Tomei conhecimento de que devo comunicar aos serviços processadores, qualquer alteração da informação prestada, até ao mês seguinte ao da sua verificação;
- As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem informação relevante.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 (Assinatura do requerente, conforme Cartão de Cidadão ou BI)



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL  
EXÉRCITO PORTUGUÊS

## CERTIFICADO MÉDICO

**CERTIFICADO MÉDICO** (A preencher pelo médico <sup>(2)</sup>)

Nome completo do médico \_\_\_\_\_,  
portador da Cédula Profissional n.º \_\_\_\_\_ emitida pela Ordem dos Médicos, declara que,  
no exercício da sua atividade profissional, observou \_\_\_\_\_  
cujas identidade confirmou, tendo verificado que o mesmo é, desde \_\_\_\_\_, portador da seguinte deficiência, a qual  
determina ou pode vir a determinar, na criança/jovem, os efeitos abaixo indicados:

**Deficiência**

Por perda	<input type="checkbox"/>	Congénita	<input type="checkbox"/>	De estrutura	<input type="checkbox"/>	}	Psicológica	<input type="checkbox"/>
Por anomalia	<input type="checkbox"/>	Adquirida	<input type="checkbox"/>	De função	<input type="checkbox"/>		Intelectual	<input type="checkbox"/>
							Fisiológica	<input type="checkbox"/>
							Anatómica	<input type="checkbox"/>

**Natureza da Deficiência**

Permanente  Não permanente

**Efeitos no desenvolvimento da criança/jovem**

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

**Situação em que se encontra a criança/jovem**

necessita de atendimento individualizado específico, adequado à natureza e características da deficiência referida como meio de impedir o seu agravamento, anular ou atenuar os seus efeitos e permitir a sua plena integração social.

Natureza do atendimento individualizado:  pedagógico  terapêutico

Condições em que deve ser prestado o atendimento individualizado:

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

(Especificação da forma de atendimento)

Frequente, está internado ou em condições de frequência ou de internamento em estabelecimento especializado de reabilitação

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

\_\_\_\_\_  
(Identificação do ficheiro clínico)

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

Assinatura do médico

(2) A certificação deve ser efetuada por equipas multidisciplinares de avaliação médico-pedagógica ou, não as havendo, por médico especialista na deficiência em casa ou ainda pelo médico assistente.

## 2. REQUERIMENTO PARA SUBSÍDIO DE ASSISTÊNCIA A TERCEIRA PESSOA



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL  
EXÉRCITO PORTUGUÊS

U/E/O \_\_\_\_\_

### PRESTAÇÕES ENCARGOS FAMILIARES

**REQUERIMENTO PARA  
ATRIBUIÇÃO DE**

Subsídio por assistência a terceira pessoa

Importante:

- O direito às Prestações por Encargos Familiares depende do valor do património mobiliário do seu agregado familiar não ser superior a 101.116,80 EUR.
- As falsas declarações sobre a composição do agregado familiar e respetivos rendimentos determinam a inibição do acesso ao direito às prestações sociais acima referidas, durante um período de 24 meses.

#### 1 ELEMENTOS RELATIVOS AO REQUERENTE <sup>(1)</sup>

Nome completo \_\_\_\_\_  
 Posto/Categoria \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento \_\_\_\_\_ N.º de Identificação Militar (NIM) \_\_\_\_\_  
ano mês dia  
 N.º de Identificação Fiscal \_\_\_\_\_  
 Relação do requerente com a criança / jovem \_\_\_\_\_  
 Este subsídio foi requerido pela mesma criança ou jovem a outra instituição?  Sim  Não  
 Se Sim, qual a Instituição (nome completo): \_\_\_\_\_  
 Se Sim, em função de que beneficiário (nome completo): \_\_\_\_\_  
 N.º de Identificação (CC/BI) \_\_\_\_\_ N.º de Identificação Fiscal \_\_\_\_\_  
 Família Monoparental  Sim  Não

(1) Encarregado de educação ou outra pessoa que tenha a criança / jovem com deficiência a cargo.

#### 2 ELEMENTOS RELATIVOS AO DESCENDENTE PARA QUEM É REQUERIDO SUBSÍDIO

Nome completo \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento \_\_\_\_\_ N.º de Identificação de Segurança Social \_\_\_\_\_  
ano mês dia  
 O descendente vive a cargo do requerente?  Sim  Não  
 Se não, qual o motivo: \_\_\_\_\_  
 Vive em comunhão de mesa e habitação com o requerente?  Sim  Não  
 Se não, qual o motivo: \_\_\_\_\_  
 O descendente recebe ou requereu Pensão Social?  Sim  Não  
 A assistência é prestada por período igual ou superior a 6 (seis) horas diárias?  Sim  Não  
 A criança/jovem portador de deficiência, tem autonomia para realizar atos indispensáveis à satisfação das suas necessidades básicas?  Sim  Não  
 Nome da(s) pessoa(s) que presta(m) a assistência:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Data de início da prestação da assistência \_\_\_\_\_  
ano mês dia  
 A criança/jovem portador de deficiência, recebe ou requereu o Subsídio por Frequência de Estabelecimento de Ensino Especial?  Sim  Não

**3**

**ELEMENTOS SOBRE VALOR DO PATRIMÓNIO MOBILIÁRIO DO REQUERENTE E DO AGREGADO FAMILIAR À DATA DE APRESENTAÇÃO DO REQUERIMENTO**

Possuem, na presente data, valores depositados em contas bancárias, ações, obrigações, certificados de aforro, títulos e unidades de participação em instituições de investimento coletivo ou outros valores mobiliários cujo montante total seja superior a €101.116,807  Sim  Não

**4**

**CERTIFICAÇÃO DO REQUERENTE**

- Tomei conhecimento de que devo comunicar aos serviços processadores, qualquer alteração da informação prestada, até ao mês seguinte ao da sua verificação;

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

\_\_\_\_\_  
ano    mês    dia

\_\_\_\_\_  
[Assinatura do requerente, conforme Cartão de Cidadão ou BI]

### 3. REQUERIMENTO PARA SUBSÍDIO POR FREQUÊNCIA DE ESTABELECIMENTO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL  
EXÉRCITO PORTUGUÊS

U/E/O \_\_\_\_\_

## PRESTAÇÕES ENCARGOS FAMILIARES

**REQUERIMENTO PARA  
ATRIBUIÇÃO DE**

**Subsídio por frequência de  
estabelecimento de ensino especial**

Importante:

- O direito às Prestações por Encargos Familiares depende do valor do património mobiliário do seu agregado familiar não ser superior a 101.116,80 EUR.
- As falsas declarações sobre a composição do agregado familiar e respetivos rendimentos determinam a iribição do acesso ao direito às prestações sociais adma referidas, durante um período de 24 meses.

#### 1 ELEMENTOS RELATIVOS AO REQUERENTE <sup>(1)</sup>

Nome completo \_\_\_\_\_  
 Posto/Categoria \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento \_\_\_\_\_ N.º de Identificação Militar (NIM) \_\_\_\_\_  
ano mês dia  
 N.º de Identificação Fiscal \_\_\_\_\_  
 Relação do requerente com a criança / jovem \_\_\_\_\_  
 Este subsídio foi requerido pela mesma criança ou jovem a outra instituição?  Sim  Não  
 Família Monoparental  Sim  Não

<sup>(1)</sup> Encarregado de educação ou outra pessoa que tenha a criança / jovem com deficiência a cargo.

#### 2 ELEMENTOS RELATIVOS À CRIANÇA / JOVEM COM DEFICIÊNCIA

Nome completo \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento \_\_\_\_\_ N.º de Identificação de Segurança Social \_\_\_\_\_  
ano mês dia  
**Tipo de apoio**  
 Apoio individual por técnico especializado  Frequência de Creche ou jardim de infância  
 Estabelecimento particular ou cooperativo de ensino regular <sup>(2)</sup>  
 Frequência de estabelecimento de educação especial <sup>(3)</sup>, na modalidade de:  Internato  Externato  Semi-internato  
**Identificação do acompanhamento da criança/jovem pela Equipa Local de Intervenção(ELI)/Estabelecimento de ensino**  
 A criança com idade compreendida entre os 0 e 6 anos está a ter acompanhamento no âmbito do Sistema Nacional de Intervenção Precoce?  Sim  Não Se respondeu Sim, indique qual a ELI \_\_\_\_\_  
 Se a criança / jovem está matriculado em estabelecimento de ensino indique:  
 Agrupamento de Escolas \_\_\_\_\_  
 Nome do estabelecimento de ensino \_\_\_\_\_  
 Morada do estabelecimento de ensino \_\_\_\_\_

<sup>(2)</sup> Utilizar no caso de a criança/jovem ter frequentado o ensino especial e não ter transitado para estabelecimento público de ensino.

<sup>(3)</sup> Só são considerados os estabelecimentos de ensino especial reconhecidos pelo Ministério da Educação.

#### 3 ELEMENTOS DO TÉCNICO QUE PRESTA APOIO INDIVIDUAL ESPECIALIZADO

Nome completo \_\_\_\_\_  
 N.º da cédula profissional \_\_\_\_\_ N.º de Identificação Fiscal \_\_\_\_\_  
 Nome da Entidade \_\_\_\_\_ N.º de Identificação Fiscal \_\_\_\_\_  
 Nome completo \_\_\_\_\_  
 N.º da cédula profissional \_\_\_\_\_ N.º de Identificação Fiscal \_\_\_\_\_  
 Nome da Entidade \_\_\_\_\_ N.º de Identificação Fiscal \_\_\_\_\_

4 COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR <sup>(2)</sup>			
N.º ordem	Nome		Relação familiar <sup>(4)</sup>
	N.º Ident. Segurança Social	N.º Ident. Fiscal	Data Nascimento (ano/mês/dia)
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Indique o n.º de crianças/jovens com deficiência a seu no agregado familiar para as quais requireu este subsídio neste ano letivo

<sup>(1)</sup> Todos os campos são de preenchimento obrigatório.  
<sup>(2)</sup> Exemplo: Cônjuge, pai, mãe, filho, avó, genro, nora, irmão, etc.  
 A preencher se houver elementos do agregado familiar a residir e/ou a trabalhar fora do território nacional <sup>(3)</sup>

N.º ordem	Designação do País de residência	Designação do País de trabalho
1		
2		
3		
4		
5		
6		

5 RENDIMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR				
Rendimentos anuais ilíquidos do ano anterior ao da apresentação do requerimento				
N.º ordem <sup>(6)</sup>	Valor dos rendimentos do trabalho			Valor das pensões de alimentos
	Por conta de outrem	Independente		
		Vendas	Serviços	
1				
2				
3				
4				
5				
6				

N.º ordem <sup>(6)</sup>	Valor das prestações pagas por outras entidades <sup>(7)</sup>		Valor prestações pagas Fundo Garantia Alimentos Menores	Valor dos apoios à habitação	
	Pensões <sup>(8)</sup>	Prest. Sociais <sup>(9)</sup>		Subsídios de Rend. Casa	Subsídios de Residência
1					
2					
3					
4					
5					
6					

<sup>(6)</sup> Número de ordem pelo qual o membro do agregado familiar foi referenciado no quadro 4.  
<sup>(7)</sup> Indicar valor de subsídio para atividades ocupacionais de interesse social no âmbito de programas na área do emprego.  
<sup>(8)</sup> Incluir prestações da Caixa de Previdência, Caixa Geral de Aposentações, PT, GALP, Banco Santander Totta, EPAL, EDP, Sindicato dos Bancários, fundos de pensões, instituições bancárias, seguradoras, organismos estrangeiros.  
<sup>(9)</sup> Não incluir prestações por encargos familiares e prestações no domínio da deficiência ou da dependência.

6 VALOR DO PATRIMÓNIO MOBILIÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR EM 31 DE DEZEMBRO DO ANO ANTERIOR AO DA APRESENTAÇÃO DO REQUERIMENTO						
N.º ordem <sup>(19)</sup>	Valor dos depósitos em contas bancárias	Valor das ações	Valor das obrigações	Valor dos certificados de aforro	Valor de títulos e unidades de participações inst. coletivas	Valor de outros ativos financeiros
1						
2						
3						
4						
5						
6						

<sup>(19)</sup> Número de ordem pelo qual o membro do agregado familiar foi referenciado no quadro 4.

7 HABITAÇÃO SOCIAL DO REQUERENTE	
Reside numa casa de habitação social?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

8 DESPESAS COM A HABITAÇÃO PERMANENTE DO REQUERENTE	
O valor anual das despesas com a habitação própria permanente é de	_____ euros.

9 DESPESAS COM CRECHE/ESTABELECIMENTO ENSINO/APOIO INDIVIDUALIZADO	
O valor anual das despesas com a creche ou jardim de infância/estabelecimento ensino/apoio individual é de	_____ euros.

10 CERTIFICAÇÃO DO REQUERENTE	
<p>Declaro que as informações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.</p> <p>Comprometo-me a apresentar os meios de prova que forem considerados necessários à atribuição e/ou manutenção da prestação requerida.</p> <p>Comprometo-me a, em qualquer momento e quando solicitada, visando a comprovação das declarações relativas ao valor do património mobiliário, nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 70/2010, de 16 de junho, entregar declaração de autorização aos serviços competentes do Exército, para solicitarem ao Banco de Portugal a indicação das entidades bancárias ou financeiras onde tenho conta e a obter das respetivas entidades toda a informação patrimonial relevante, relativa a saldos de contas à ordem, a prazo ou de outros valores mobiliários de que seja titular ou cotitular ou a apresentar, em alternativa, os documentos bancários relevantes que vierem a ser exigidos pelo Exército. Este compromisso é, igualmente, válido para as declarações que sejam necessárias a apresentar pelos restantes membros do meu agregado familiar.</p> <p>Autorizo ainda os serviços competentes da Exército a proceder à troca de informação, estritamente necessária, com os serviços do Ministério da Educação e do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, para efeitos da confirmação da possibilidade daqueles serviços prestarem o apoio prescrito.</p> <p>Autorizo os serviços competentes do Exército a obterem, diretamente, das restantes entidades detentoras da informação relevante para a verificação da condição de recursos, todas as informações que sejam consideradas necessárias à comprovação das declarações de rendimentos aqui prestadas.</p> <p>Todos os termos aqui atestados por mim, manifestados de forma livre, específica e inequívoca, são feitos no âmbito e para os efeitos decorrentes do Decreto-Lei n.º 70/2010, de 16 de junho, alterado pela Lei n.º 15/2011, de 3 de maio e pelo Decreto-Lei n.º 133/2012, de 27 de junho que estabelece as regras para a determinação da condição de recursos a ter em conta na atribuição e manutenção das prestações de encargos familiares, caducando tais termos com o indeferimento do requerimento ou com o término da atribuição da prestação, não podendo os mesmos ser revogados sem o consentimento expresso dos serviços competentes do Exército, sob pena da suspensão do procedimento de atribuição ou do pagamento das prestações em curso, com a respetiva perda do direito às Prestações Sociais.</p>	
<p>_____ ano    mês    dia</p>	<p>_____ (Assinatura conforme documento de identificação civil válido)</p>



**O Ajudante-General do Exército**

**José Carlos Filipe Antunes Calçada  
Tenente-General**

**Autenticação  
O Diretor de Serviços de Pessoal**

**DOCUMENTO AUTÊNTICO  
ORIGINAL ASSINADO E ARQUIVADO NA RA/DSP**

**José Luís de Sousa Dias Gonçalves  
Brigadeiro General**

**Distribuição:** Com a NAT 04.02.05