



**ATESTADO MÉDICO COM VISTA À CONCESSÃO DE UM ABONO DE FAMÍLIA ESPECIAL OU DE ABONOS DE FAMÍLIA  
MELHORADOS PARA FILHOS DEFICIENTES**

*Regulamento 1408/71: artigo 73.º; artigo 74.º  
Regulamento 574/72: artigo 86.º; artigo 88.º*

**A. Pedido de atestado**

*A preencher pela instituição competente para a concessão das prestações familiares*

1.  Trabalhador assalariado  Trabalhador não assalariado

1.1. Apelido (1ª) .....

1.2. Nomes próprios: ..... Apelidos anteriores (1ª) ..... Naturalidade (1ª) .....

1.3. Data de nascimento: Sexo ..... Nacionalidade ..... Número de identificação/de seguro (1ª) .....

1.4. Endereço (2ª) .....

2. Descendente a quem se refere o atestado

2.1. Apelido (1ª) .....

2.2. Nomes próprios: .....

2.3. Naturalidade (1ª) ..... Data de nascimento: Sexo ..... Número de identificação/de seguro (1ª) .....

2.4. Endereço (2ª) .....

3. Instituição competente para a concessão das prestações familiares

3.1. Designação: .....

3.2. Endereço (2ª): .....

3.3. Número de referência do processo .....

3.4. Carimbo ..... 3.5. Data: .....

3.6. Assinatura: .....

## B. Atestado

A preencher pelo médico designado pela instituição do local de residência do descendente a quem se referem os exames, e a enviar à instituição mencionada no quadro 3, juntando toda a documentação médica comprovativa útil e recente (fotografias, radiografias, resultados de exames médicos, etc.) <sup>(4)</sup>.

4.				
4.1.	Idade da criança na data do exame: .....	anos .....	meses .....	
	Peso: .....	kg .....	g .....	altura: ..... cm.
4.2.	Atraso psicomotor			
	Atraso atendendo aos valores normais para a idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
	Em caso afirmativo, especificar: .....			
4.3.	Autonomia			
	A criança senta-se?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Anda?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Fala?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Veste-se sozinha?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Come sozinha?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Escreve?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <sup>(3)</sup>
			É incontinente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <sup>(3)</sup>
4.4.	Assistência			
	O estado da criança requer assistência de terceira pessoa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
	Permanente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quotidiana embora descontínua?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Ou outras medidas (especificar): .....			
4.5.	Natureza da deficiência principal			
	A deficiência da criança é			
	sensorial:	visual .....	.....	
		auditiva .....	.....	
		motora .....	.....	
	mental:	nível mental .....	.....	
		comportamento .....	.....	
	outra .....	.....		
4.6.	Origem da deficiência <sup>(3)</sup>			
	— anomalia congénita .....	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	— doença .....	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	data de início da deficiência .....			
	data de diagnóstico:	mês .....	ano .....	.....
	início do tratamento:	mês .....	ano .....	.....
	— acidente .....	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	data do acidente: .....			
4.7.	Deficiências associadas			
	Quais? .....			
	Outras deficiências .....			
4.8.	Outras observações			
	Deficiência na família: .....			
	Exames complementares já efectuados: .....			
	(juntar, se for o caso, cópias dos relatórios médicos)			

4.9. Tratamentos, incluindo reeducação e reabilitação. Quais os tratamentos em curso?

.....  
Desde quando? .....

Quais os tratamentos aconselhados? .....

— Cirurgia: .....

— Hospitalizações (nos últimos três anos): .....

— Tratamento em casa (medicamentos, ...): ..... Desde quando ...../...../.....

..... Desde quando ...../...../.....

..... Desde quando ...../...../.....

— Reabilitação:	Início	Frequência	Onde?
Logopedia:	.....	.....	.....
Fisioterapia:	.....	.....	.....
Terapia ocupacional:	.....	.....	.....
(psico) terapia	.....	.....	.....
primeira assistência em casa	.....	.....	.....

4.10. Medidas de educação e de orientação

Quais as medidas em curso? .....

.....  
Desde quando? .....

Quais as medidas aconselhadas? .....

4.11. Prognóstico

Especificar: .....

4.12. Código de doença CIF (Classificação Internacional de Doenças — OMS)

4.13. Início da doença

4.14. Data do próximo controlo

5.

5.1. Apelido e nome próprio do médico: .....

5.2. Endereço (<sup>2</sup>): .....

5.3. Data: .....

5.4. Assinatura: .....

## INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando somente as linhas pontilhadas. É composto de quatro páginas: nenhuma delas pode ser suprimida, mesmo que não contenha qualquer indicação útil. Deve ser preenchido na língua do médico que passa o atestado.

## NOTAS

- (<sup>1</sup>) Sigla do país a cuja legislação o trabalhador está sujeito: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemanha; EE = Estónia; GR = Grécia; ES = Espanha; FR = França; IE = Irlanda; IT = Itália; CY = Chipre; LV = Letónia; LT = Lituânia; LU = Luxemburgo; HU = Hungria; MT = Malta; NL = Países Baixos; AT = Áustria; PL = Polónia; PT = Portugal; SI = Eslovénia; SK = Eslováquia; FI = Finlândia; SE = Suécia; UK = Reino Unido; IE = Islândia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suíça.
- (<sup>1a</sup>) Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.  
Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, nome de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.
- (<sup>1b</sup>) Para as localidades portuguesas, indicar também a freguesia e o concelho.
- (<sup>1c</sup>) Se o formulário se destinar a uma instituição checa, indicar o número de nascimento; a uma instituição cipriota, para os cidadãos cipriotas, indicar o número de identificação cipriota, para os cidadãos não cipriotas, indicar o número de certificado de registo de estrangeiros (ARC); a uma instituição dinamarquesa, indicar o número CPR; a uma instituição finlandesa, indicar o número de registo da população finlandesa; a uma instituição sueca, indicar o número pessoal (*personnummer*); a uma instituição islandesa, indicar o número de identificação pessoal (*kennitala*); a uma instituição letã, indicar o número de identidade; a uma instituição do Liechtenstein, indicar o número de inscrição AHV; a uma instituição lituana, indicar o número de identificação pessoal; a uma instituição húngara, indicar o número de TAJ (identificação de segurança social); a uma instituição maltesa, para os nacionais malteses, indicar o número do cartão de identidade, para os nacionais não malteses, indicar o número de segurança social maltês; a uma instituição norueguesa, indicar o número de identificação pessoal (*fødselsnummer*); a uma instituição belga, indicar o número da segurança social nacional (NISS); a uma instituição alemã do regime geral de pensões, indicar o número de inscrição (VSNR); a uma instituição espanhola, indicar o número que consta no cartão de identidade nacional (DNI) ou NIE, no caso de estrangeiros, mesmo que esteja caducado; a uma instituição polaca, indicar os números PESEL e NIP; a uma instituição portuguesa, indicar igualmente o número de inscrição na Caixa Geral de Aposentações se o interessado estiver inscrito no regime de segurança social dos funcionários públicos em Portugal; a uma instituição eslovaca, indicar o número de nascimento; a uma instituição eslovena, indicar o número de identificação pessoal (EMŠO); a uma instituição suíça, indicar o número de inscrição AVS/AI (AHV/IV). Na sua falta, indicar «não tem».
- (<sup>2</sup>) Rua, número, código postal, localidade e país.
- (<sup>3</sup>) Preencher apenas se a instituição competente para a concessão das prestações familiares for uma instituição belga ou eslovaca.
- (<sup>4</sup>) Na Eslovénia, é preenchido por uma comissão médica nomeada pelo ministro do Trabalho, da Família e dos Assuntos Sociais.