Este documento constitui um instrumento de documentação e não vincula as instituições

►**B**

DECISÃO N.º 179

de 18 de Abril de 2000

relativa aos modelos de formulários necessários à aplicação dos Regulamentos (CEE) n.º 1408/71 e (CEE) n.º 574/72 do Conselho (E 111, E 111B, E 113 a E 118 e E 125 a E 127)

(Texto relevante para efeitos do EEE)

(2002/154/CE)

(JO L 054 de 25.2.2002, p. 1)

Alterada por:

		Jornal Oficial		
		n.º	página	data
►**M1**	Decisão n.o 187 2003/251/CE, de 27 de Junho de 2002	L 93	40	10.4.2003
►**M2**	Decisão n.o 198 2004/562/CE, de 23 de Março de 2004	L 259	1	5.8.2004
►**M3**	Decisão n.o 202 2006/203/CE, de 17 de Março de 2005	L 77	1	15.3.2006

▼B

DECISÃO N.º 179

de 18 de Abril de 2000

relativa aos modelos de formulários necessários à aplicação dos Regulamentos (CEE) n.º 1408/71 e (CEE) n.º 574/72 do Conselho (E 111, E 111B, E 113 a E 118 e E 125 a E 127)

(Texto relevante para efeitos do EEE)

(2002/154/CE)

A COMISSÃO ADMINISTRATIVA DAS COMUNIDADES EUROPEIAS PARA A SEGURANÇA SOCIAL DOS TRABALHADORES MIGRANTES,

Tendo em conta que, nos termos da alínea a), do artigo 81.º do Regulamento (CEE) n.º 1408/71 do Conselho, de 14 de Junho de 1971, relativo à aplicação dos regimes de segurança social aos trabalhadores assalariados, aos trabalhadores não assalariados e aos membros da sua família que se deslocam no interior da Comunidade ([1]), compete à Comissão Administrativa tratar de qualquer questão administrativa decorrente das disposições do Regulamento (CEE) n.º 1408/71 e regulamentos posteriores;

Tendo em conta que, nos termos do n.º 1, do artigo 2.º do Regulamento (CEE) n.º 574/72 do Conselho ([2]), que estabelece as modalidades de aplicação do Regulamento (CEE) n.º 1408/71, compete à Comissão Administrativa elaborar os modelos de certificados, atestados, declarações, requerimentos e outros documentos necessários para a aplicação dos regulamentos;

Tendo em conta o Regulamento (CE) n.º 1606/98 do Conselho ([3]), que altera o Regulamento (CEE) n.º 1408/71 e o Regulamento (CEE) n.º 574/72, tendo em vista a extensão da sua aplicação aos regimes especiais dos funcionários públicos;

Tendo em conta o Regulamento (CE) n.º 307/1999 do Conselho ([4]), que altera o Regulamento (CEE) n.º 1408/71 e o Regulamento (CEE) n.º 574/72, tendo em vista a extensão da sua aplicação aos estudantes;

Considerando que importa adaptar a Decisão n.º 153 ([5]), e a Decisão n.º 168 ([6]), relativas aos modelos de formulários necessários à aplicação dos referidos regulamentos;

Considerando que é conveniente igualmente adaptar os formulários para ter em conta as alterações introduzidas nas legislações nacionais dos Estados-Membros;

Considerando que o Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, de 2 de Maio de 1992, adaptado pelo protocolo de 17 de Março de 1993, anexo VI, torna os Regulamentos (CEE) n.º 1408/71 e (CEE) n.º 574/72 aplicáveis ao Espaço Económico Europeu;

Considerando que, o Comité Misto do EEE decidiu adaptar e alargar ao Espaço Económico Europeu os modelos de formulários necessários à aplicação destes regulamentos;

Considerando que, por razões práticas, devem ser utilizados formulários idênticos na Comunidade e no Espaço Económico Europeu;

Considerando que a língua de emissão dos formulários é objecto da Recomendação n.º 15 da Comissão Administrativa,

DECIDE:

1. Os modelos de formulários E 111, E 111B, E 113 a E 118, E 125 e E 126, reproduzidos na Decisão n.º 153, e E 127, reproduzido na Decisão n.º 168, são substituídos pelos modelos anexos.

([1]) JO L 149 de 5.7.1971, p. 2.
([2]) JO L 74 de 27.3.1972, p. 1.
([3]) JO L 209 de 25.7.1998, p. 1.
([4]) JO L 38 de 12.2.1999, p. 1.
([5]) JO L 244 de 19.9.1994, p. 22.
([6]) JO L 195 de 11.7.1998, p. 37.

▼B

2. As autoridades competentes dos Estados-Membros põem à disposição dos interessados (titulares de direitos, instituições, entidades patronais, etc.) os formulários cujos modelos se encontram em anexo.

3. Cada um dos formulários está disponível nas línguas oficiais da Comunidade e a sua apresentação permite que as diferentes versões sejam perfeitamente sobreponíveis, para que cada destinatário (titulares de direitos, instituições, entidades patronais, etc.) receba o formulário reproduzido na sua língua nacional.

4. A presente decisão será publicada no *Jornal Oficial das Comunidades Europeias* e é aplicável a partir do primeiro dia do mês seguinte ao da sua publicação.

O presidente da Comissão Administrativa

Sebastião PINTO PIZARRO

▼M1

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «instruções» nas páginas 2 e 3

E 111 ☐ (1)

ATESTADO DO DIREITO ÀS PRESTAÇÕES EM ESPÉCIE DURANTE UMA ESTADA NUM ESTADO–MEMBRO

Regulamento 1408/71: artigo 22.° 1.a.i; artigo 22.°3; artigo 22.° A; artigo 31.° a; artigo. 34.°A;
Regulamento 574/72: artigo. 20.° 4; artigo 21.° 1; artigo 23.°; artigo 31.° 1 e 3

ATENÇÃO: O PRESENTE DOCUMENTO NÃO CONFERE NENHUM DIREITO SE O OBJECTIVO DA DESLOCAÇÃO FOR RECEBER TRATAMENTO MÉDICO NO ESTRANGEIRO

1 ☐ Trabalhador assalariado ☐ Titular de pensão ou de renda (regime dos assalariados) ☐ Estudante

☐ Trabalhador não assalariado ☐ Titular de pensão ou de renda (regime dos não assalariados) ☐ Outra pessoa segurada

(Apelido (1a), Apelidos de solteira (1a), D.N.I. (nota 2a), Endereço (2))

1.1 Número de identificação (2b) ..... Data de nascimento: .....

2 Membros da família(3)

2.1 Apelido (1a)	Nomes próprios	Apelidos de solteira	Data de nascimento	Número de identificação (2b)
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

2.2 Endereço habitual (2) (4): .....
.....

3 As pessoas atrás mencionadas têm direito às prestações em espécie do seguro de doença e maternidade.
Estas prestações podem ser concedidas

3.1 (5) ☐ de ..... a ..... inclusive

3.2 (5) ☐ a partir de .....

▼M1

E 111

4 Instituição competente

4.1 Designação: ..... N.º de código ([6]): .....

4.2 Endereço ([2]): .....

.....

4.3 Carimbo

4.4 Data: .....

4.5 Assinatura

.....

4.6 Válido de ..... a	4.10 Válido de ..... a .....
4.7 Carimbo 4.8 Data	4.11 Carimbo 4.12 Data .....
4.9 Assinatura	4.13 Assinatura .....

5 Instituição francesa competente para os acidentes da vida particular dos não assalariados agrícolas

5.1 Designação: ..... N.º de código ([6]): .....

5.2 Endereço ([2]): .....

.....

5.3 Carimbo

5.4 Data: .....

5.5 Assinatura

.....

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de três páginas; nenhuma delas pode ser suprimida, mesmo que não contenha qualquer indicação útil.

A instituição competente ou, se for caso disso, a instituição do lugar de residência do titular da pensão ou da renda ou do membro da família do trabalhador preenche o formulário e envia-o ao interessado ou à instituição do lugar de estada, se o formulário tiver sido emitido a pedido desta. Em caso de estada no Reino Unido, este formulário não é necessário.

Indicações para o segurado e membros da sua família

a) O presente documento permite:

— *ao trabalhador assalariado ou não assalariado, ao estudante, ou a uma outra pessoa segurada e aos membros da família mencionados no quadro 2, que se encontrem em estada temporária num Estado-Membro que não seja o Estado competente, em caso de necessidade imediata;*

— *ao titular de pensão ou de renda e aos membros da sua família, mencionados no quadro 2, que se encontrem em estada temporária num Estado-Membro que não seja o da sua residência habitual,*

obter, dos organismos seguradores do país de estada, as prestações em espécie em caso de doença, (incluindo, em caso de doenças crónicas e de doenças pré-existentes) ou de maternidade e, a título provisório, em caso de acidente de trabalho ou de doença profissional.

b) Quando um dos interessados tiver de recorrer às prestações, incluindo a hospitalização, este documento **deve ser apresentado** *ao organismo segurador do país de estada, ou seja:*

na **Bélgica,** *a mutualidade escolhida;*

na **Dinamarca,** *o «Amtskommune» competente (administração local). Na comuna de Copenhaga: o «Magistrat» (administração comunal); na comuna de Frederiksberg: o «Kommunalbestyrelse» (administração comunal). A assistência do médico, do dentista e do farmacêutico pode ser pedida sem contacto prévio com as instituições referidas. O formulário deve ser apresentado para cada pedido de prestações. As informações sobre os médicos e os dentistas a quem se pode recorrer podem ser obtidas junto do «social- og sundhedsforvaltning» (repartição local dos serviços sociais e de saúde);*

na **Alemanha,** a Caixa *de doença escolhida pelo interessado;*

na **Grécia,** *regra geral, a delegação regional ou local do Instituto de Seguros Sociais (IKA), que entrega ao interessado um livrete de saúde* **sem o qual as prestações em espécie não serão concedidas;**

▼M1

E 111

em **Espanha,** os *serviços médicos e hospitalares do Serviço de Saúde da Segurança Social espanhola. Deve apresentar o formulário e uma fotocópia deste;*

em **França,** *a «Caisse primaire d'assurance maladie» (Caixa Primária de Seguro de Doença);*

na **Irlanda,** *o «Health Board» (Serviço de Saúde) no âmbito do qual a prestação é pedida;*

em **Itália,** *em regra geral, a «Unità sanitária locale» (USL) (Unidade local da administração da saúde) competente, conforme a região; para os marítimos e pessoal navegante da aviação civil, o «Ministem delia Sanità — Ufficio di sanità marittima o aérea» (Ministério da Saúde — Departamento de Saúde da Marinha ou da Aviação), competente conforme a região;*

no **Luxemburgo,** a *«Caisse de maladie des ouvriers» (Caixa de Doença dos Operários);*

nos **Países Baixos,** *a «ANOZ Verzekeringen», em Utreque. A assistência do médico, do dentista e do farmacêutico pode ser pedida sem contacto prévio com a ANOZ Verzekeringen; se a pessoa tiver de ser hospitalizada, os formulários de admissão no hospital e E 111 serão enviados à ANOZ Verzekeringen;*

na **Áustria,** *a «Gebietskrankenkasse» (Caixa Regional do Seguro de Doença) competente para o lugar de estada;*

em **Portugal, para o continente:** a *Administração Regional de Saúde de lugar de estada;* ***para a*** **Madeira:** a *Direcção Regional de Saúde Pública, no Funchal;* ***para*** **os Açores:** *a Direcção Regional de Saúde, em Angra do Heroísmo;*

na **Finlândia,** *o serviço local da «Kansaneläkelaitos» (Instituto do Seguro Social) se for pedido o reembolso de despesas médicas efectuadas no sector privado. As prestações em espécie podem ser obtidas nos centros de saúde municipais e nos hospitais públicos apresentando este atestado. Pode obter mais informações nos serviços locais da «Kansaneläkelaitos»;*

na **Suécia,** *o «försäkringskassan» (Serviço do seguro social). A assistência dos serviços médicos (hospital, médico, dentista, etc.) pode ser pedida sem contacto prévio com esta instituição.*

na **Islândia,** *o «Tryggingastofrun» (Instituto Estatal de Segurança Social), em Reiquiavique;*

no **Listenstaina,** *o «Amt für Volkswirtschaft» (Departamento de Economia Nacional), em Vaduz;*

na **Noruega,** *o «lokale trygdekontor» (Serviço local de seguro). A assistência pode ser pedida sem contacto prévio com esta instituição. Quando pedir assistência, deve apresentar este formulário;*

c) Para beneficiar das prestações pecuniárias, o interessado deve, no prazo de três dias a contar do início da incapacidade para o trabalho, dirigir-se à instituição do lugar de estada, apresentando uma declaração de suspensão do trabalho ou, se a legislação aplicada pela instituição competente ou pela instituição do lugar de estada o exigir, apresentando um certificado de incapacidade para o trabalho passado pelo médico assistente.

NOTAS

* Acordo EEE sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Islândia, no Listenstaina e na Noruega.

([1]) Sigla do país a que pertence a instituição: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemanha; GR = Grécia; E = Espanha; F = França; IRL = Irlanda; I = Itália; L = Luxemburgo; NL = Países Baixos; A = Áustria; P = Portugal; FIN = Finlândia; S = Suécia; GB = Reino Unido; IS = Islândia; FL = Lis-tenstaina; N = Noruega.

([1a]) Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.
Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.

([2]) Rua, número, código postal, localidade, país.

([2a]) Para os nacionais espanhóis, indicar o número que consta no cartão de identidade nacional (DNI), se existir, mesmo que esteja caducado.

([2b]) Para os nacionais italianos indicar, se possível, o número de inscrição e/ou o «códice fiscale».

([3]) Indicar somente os membros de família que se desloquem temporariamente a outro Estado-Membro.

([4]) Indicar somente quando o endereço dos membros da Família for diferente do do trabalhador ou do do titular da pensão ou da renda.

([5]) As duas indicações são alternativas. Dar somente a que for adequada e assinalar com uma cruz a quadrícula correspondente.

([6]) A preencher, se o possuir.

▼M1

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «Instruções» no verso

REGIME DOS NÃO ASSALARIADOS

E 111 | B (1)

ATESTADO DO DIREITO ÀS PRESTAÇÕES EM ESPÉCIE DURANTE UMA ESTADA NUM ESTADO–MEMBRO

Regulamento 1408/71: artigo 22.° 1. a.i; artigo 22.° 3; artigo. 31.° a
Regulamento. 574/72: artigo 20.° 4; artigo 21.° 1; artigo 23.°; artigo 31.° 1 e 3

ATENÇÃO: O PRESENTE DOCUMENTO NÃO CONFERE NENHUM DIREITO SE O OBJECTIVO DA DESLOCAÇÃO FOR RECEBER TRATAMENTO MÉDICO NO ESTRANGEIRO

1 ☐ Trabalhador não assalariado ☐ Titular de pensão ou de renda [Apelido (1a), Apelidos anteriores (1a), nomes próprios, endereço (2)]

1.1 Número de identificação (1b): ..... Data de nascimento: .....

2 Membros da família (3)

2.1 Apelido (1a)	Nomes próprios	Apelidos de solteira (1a)	Data de nascimento	Número de identificação. (1b)
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

2.2 Endereço habitual (2) (4): .....

SOMENTE HOSPITALIZAÇÃO

3 As pessoas atrás mencionadas têm direito às prestações em espécie somente em caso de hospitalização.
Essas prestações podem ser concedidas:

3.1 de ..... até ..... inclusive.

4 Instituição competente

4.1 Designação: ..... N.° de código (5): .....
4.2 Endereço (2): .....
.....
4.3 Carimbo

4.4 Data: .....
4.5 Assinatura
.....

4.6 Válido de ..... a	4.10 Válido de ..... a .....
4.7 Carimbo 4.8 Data	4.11 Carimbo 4.12 Data .....
4.9 Assinatura	4.13 Assinatura .....

①

▼M1

REGIME DOS NÃO ASSALARIADOS | **E 111** | **B**

4.14 Válido de ..... a	4.18 Válido de ..... a .....
4.15 Carimbo 4.16 Data	4.19 Carimbo 4.20 Data .....
4.17 Assinatura	4.21 Assinatura .....

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando somente as linhas pontilhadas.

A instituição competente ou, se for o caso, a instituição do lugar de residência do titular de pensão ou de renda preenche o formulário e envia-o ao interessado, ou envia-o à instituição do lugar de estada, se o formulário tiver sido emitido a pedido desta. Em caso de estada no Reino Unido, este formulário não é necessário.

Indicações para o segurado e membros da sua família

a) O presente documento permite:

— *ao trabalhador não assalariado e aos membros da sua família, mencionados no quadro 2, que se encontrem em estada temporária num Estado-Membro que não seja o Estado competente e,*

— *ao titular de pensão ou de renda do regime dos não assalariados e aos membros da sua família, enumerados no quadro 2, que se encontrem em estada temporária num Estado que não seja o da sua residência habitual,*

obter, dos organismos seguradores do país de estada, as prestações em espécie apenas em caso de hospitalização (incluindo em caso de doenças crónicas e de doenças pré-existentes).

b) Quando um dos interessados tiver de ser hospitalizado, este documento deve ser apresentado ao organismo segurador do país de estada, ou seja:

na **Dinamarca,** *o «Amtskommune» competente (administração local). Na comuna de Copenhaga: o «Magistrat» (administração comunal); na comuna de Frederiksberg: o «Kommunalbestyrelse» (administração comunal). O formulário deve ser apresentado para cada pedido de prestações;*

na **Alemanha,** *a Caixa de doença escolhida pelo interessado;*

na **Grécia,** *a delegação regional ou local do Instituto de Seguros Sociais (IKA), que entrega ao interessado um livrete de saúde sem o qual as prestações em espécie não serão concedidas;*

em **Espanha,** os *serviços médicos e hospitalares do Serviço de Saúde da Segurança Social espanhola. Deve apresentar o formulário e uma fotocópia deste;*

em **França,** *a «Caisse primaire d'assurance maladie» (Caixa Primária de Seguro de Doença);*

na **Irlanda,** *o «Health Board» (Serviço de Saúde) no âmbito do qual a prestação é pedida;*

em **Itália,** *em regro gerolà «Unità sanitária locale» (USL) (Unidade local da administração da saúde) competente, conforme a região;*

no **Luxemburgo,** *a «Caisse de maladie des ouvriers» (Caixa de Doença dos Operários);*

nos **Países Baixos,** *a «ANOZ Verzekeringen», em Utreque;*

na **Áustria,** *a «Gebietskrankenkasse» (Caixa Regional do Seguro de Doença) competente para o lugar de estada;*

em **Portugal, para o continente:** a *Administração Regional de Saúde do lugar de estada;* **para a Madeira:** *a Direcção Regional de Saúde Pública, no Funchal;* ***para*** **os Açores:** *a Direcção Regional de Saúde, em Angra do Heroísmo;*

na **Finlândia,** *o serviço local da «Kansaneläkelaitos» (Instituto do Seguro Social) e o hospital que dispensa o tratamento. Este formulário deve ser apresentado sempre que são pedidas prestações;*

na **Suécia,** *o «försäkringskassan» (Serviço do seguro social) do lugar de estada;*

na **Islândia,** *o «Tryggingastofrun rikisins» (Instituto Estatal de Seguro Social), em Reiquejavique;*

no **Listenstaina,** *o «Amt für Volkswirtschaft» (Departamento de Economia Nacional), em Vaduz;*

na **Noruega,** *o «lokale trygdekontor» (Serviço local de seguro) do lugar de estada.*

NOTAS

* Acordo EEE sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Islândia, no Listenstaine e na Noruega.

([1]) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche o formulário: B = Bélgica.

([1a]) Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.
Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.

([1b]) Para os nacionais italianos indicar, se possível, o número de inscrição e/ou o «códice fiscale».

([2]) Rua, número, código postal, localidade, país.

([3]) Indicar somente os membros da família que se desloquem temporariamente a outro Estado-Membro.

([4]) Indicar somente quando o endereço dos membros da família for diferente do do trabalhador ou do do titular da pensão ou da renda.

([5]) A preencher, se o possuir.

②

▼M2

▼M3

COMISSÃO ADMINISTRATIVA PARA A SEGURANÇA SOCIAL DOS TRABALHADORES MIGRANTES

E 115 ☐ (1)

REQUERIMENTO DE PRESTAÇÕES PECUNIÁRIAS POR INCAPACIDADE DE TRABALHO

Regulamento (CEE) n.º 1408/71: artigo 19.º 1.b; artigo 22.º 1.a.ii; artigo 25.º 1.b; artigo 52.º b; artigo 55.º 1.a.ii
Regulamento (CEE) n.º 574/72: artigo 18.º 2 e 3; artigo 24.º; artigo 26.º 5 e 7; artigo 61.º 2 e 3; artigo 64.º

Se o formulário disser respeito a um trabalhador em actividade, deve ser emitido num só exemplar e enviado à instituição competente de seguro de doença e maternidade ou de seguro contra os acidentes de trabalho e doenças profissionais. Mas se disser respeito a um desempregado, devem ser emitidos dois exemplares suplementares, dos quais um será enviado à instituição competente em matéria de seguro de desemprego e o outro à instituição correspondente do país para onde o desempregado se tiver deslocado à procura de trabalho.

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas.

1. Instituição competente

1.1 Designação: .....

1.2 Endereço: .....

.....

1.3 Número de identificação da instituição:

.....

2. ☐ Trabalhador assalariado ☐ Trabalhador não assalariado ☐ Trabalhador desempregado

2.1 Apelido(s) (2): ..... Apelido(s) de nascimento [caso seja(m) diferente(s)]: .....

2.2 Nomes próprios: ..... Data de nascimento: .....

2.3 Número de identificação pessoal:

.....

2.4 Portador do formulário E 119 emitido em ..... (3)
e do formulário E 303 emitido em ..... (3)

3. Entidade patronal (4)

3.1 Nome ou firma: .....

3.2 Endereço: .....

.....

A. ☐ (5) **Pedido de prestações**

4. A pessoa mencionada no quadro 2 solicitou em ..... (data) a concessão de prestações pecuniárias por

☐ cuidados hospitalares de ..... a ..... (datas) num hospital ou num centro de prevenção ou de reabilitação (6)

☐ incapacidade de trabalho

por

4.1 ☐ doença ☐ maternidade (data presumível do parto: .....)

☐ acidente de trabalho ☐ acidente ocorrido em ..... (data)

☐ doença profissional ☐ adopção ☐ compensação reduzida em caso de maternidade e adopção

▼M3

E 115

5. O certificado do médico assistente
☐ encontra-se em anexo ☐ não pôde ser apresentado

6. Segundo o parecer do nosso médico inspector ☐ cujo relatório se anexa
☐ cujo relatório será enviado o mais brevemente possível

6.1 ☐ A incapacidade de trabalho teve início em .....
e prolongar-se-á provavelmente até .....

6.2 ☐ Não existe incapacidade de trabalho ([7])

7. ☐ O interessado não cumpriu as formalidades previstas na nossa legislação, designadamente:
.....
.....

8. ☐ Presume-se que a incapacidade de trabalho tenha sido causada por um acidente da responsabilidade de terceiros.

8.1 ☐ A incapacidade de trabalho foi devida a outras circunstâncias específicas tal como consta da documentação anexa.

8.2 ☐ Em anexo, encontra-se um relatório respeitante ao acidente e o endereço do terceiro responsável.

8.3 ☐ Em anexo a este formulário, encontra-se outra documentação sobre a causa da incapacidade de trabalho.

9. ☐ Estamos dispostos a conceder ao interessado as prestações pecuniárias por vossa conta. Queiram informar-nos se estão de acordo e, em caso afirmativo, fornecer-nos as indicações necessárias ao pagamento das prestações. ([8])

10. ☐ Não estamos dispostos a conceder ao interessado as prestações pecuniárias por vossa conta.

B. ☐ ([5]) **Prorrogação da incapacidade de trabalho**

11. Em seguimento ao

11.1 ☐ nosso formulário E 115 de ..... (data)

11.2 ☐ vosso formulário E 117 de ..... (data)

11.3 Informamos que, segundo o parecer do nosso médico que procedeu ao exame,

☐ cujo relatório se anexa

☐ cujo relatório será enviado o mais brevemente possível

a pessoa indicada no quadro 2 estará provavelmente incapaz de trabalhar até ..... inclusive.

12. Instituição do lugar de residência ou de estada

12.1 Designação: .....

12.2 Número de identificação da instituição: .....

12.3 Endereço: .....
.....

12.4 Carimbo

12.5 Data: .....

12.6 Assinatura:
.....

▼M3

E 115

Instruções para os interessados

Para Itália, em caso de doença ou maternidade, este formulário deve ser enviado à delegação local do «Istituto nazionale della previdenza sociale» (INPS) (Instituto Nacional da Previdência Social). Em caso de acidente de trabalho ou doença profissional, deve ser enviado ao «Istituto nazionale d'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro» (INAIL) (Instituto Nacional de Seguro contra os Acidentes de Trabalho).

Para os Países Baixos, se a instituição de seguro de doença competente não for conhecida, enviar o formulário ao UWV, Postbus 57002, 1040 CC Amsterdam.

Na Eslovénia, este formulário deve ser enviado, em caso de prestações pecuniárias por maternidade, ao «Center za socialno delo Ljubljana Bežigrad, Centralna enota za starševsko varstvo in družinske prejemke» (Centro de Acção Social Ljubljana Bežigrad – Unidade Central de Protecção Parental e Prestações Familiares) e, em caso de incapacidade de trabalho, à delegação regional competente do «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije» (ZZZS) (Instituto do Seguro de Doença da Eslovénia).

NOTAS

(1) Sigla do país da instituição que preenche o formulário: 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; IS = Islândia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suíça.

(2) Indicar o apelido completo pela ordem do registo civil.

(3) A preencher somente quando o formulário disser respeito a um desempregado.

(4) Para os desempregados, indicar a última entidade patronal.

(5) As partes A e B são alternativas; assinalar com uma cruz a quadrícula correspondente à parte preenchida.

(6) Quanto às pessoas seguradas numa instituição do seguro de doença alemão ou numa instituição austríaca ou belga: caso a instituição de segurança social do lugar de residência não saiba a data exacta de saída do hospital quando este formulário for emitido, há que completar essa informação o mais brevemente possível numa data posterior.

(7) Juntar uma cópia do formulário E 118 enviado ao interessado.

(8) Se o formulário for enviado a uma instituição alemã, italiana, húngara ou polaca, é desnecessário assinalar esta quadrícula.

▼M3

COMISSÃO ADMINISTRATIVA
PARA A SEGURANÇA SOCIAL
DOS TRABALHADORES MIGRANTES

E 116 [ ] (1)

RELATÓRIO MÉDICO EM CASO DE INCAPACIDADE DE TRABALHO
(DOENÇA, MATERNIDADE, ACIDENTE DE TRABALHO, DOENÇA PROFISSIONAL)

Regulamento (CEE) n.º 1408/71: artigo 19.º 1.b; artigo 22.º 1.a.ii; 1.b.ii; 1.c.ii; artigo 25.º 1.b; artigo 52.º b; artigo 55.º 1.a.ii; 1.b.ii e 1.c.ii
Regulamento (CEE) n.º 574/72: artigo 18.º 2 e 3; artigo 24.º; artigo 26.º 5 e 7; artigo 61.º 2 e 3; artigo 64.º; artigo 65.º 2 e 4

A preencher pelo médico da instituição que emite o formulário E 115, ao qual será anexado, e enviado em envelope fechado no caso de doença ou de maternidade (2).

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas.

1. Instituição competente destinatária

1.1 Designação: .....
1.2 Número de identificação da instituição: .....
1.3 Endereço: .....
.....
1.4 Referência: nosso formulário E 116 de ..... (data)

2. Anexo ao formulário E 115 de ..... (data)

3. O interessado

3.1 Apelido(s) (3): .....
.....
3.2 Apelido(s) de nascimento [caso seja(m) diferente(s)]:
.....
3.3 Nome(s) próprio(s): ..... Data de nascimento: .....
3.4 Endereço no país de residência ou de estada: .....
.....
3.5 Número de identificação pessoal:
.....

4. Eu, abaixo assinado, ... licenciado em medicina, depois de ter examinado a pessoa acima mencionada em .....
4.1 considero que se trata
☐ de um caso de doença ☐ de um caso de maternidade (data presumível do parto .....)
4.2 que se trata provavelmente
☐ de acidente de trabalho ☐ de doença profissional ☐ de acidente
4.3 ☐ de recaída ou agravamento

▼M3

E 116

A. Relatório geral

5. A preencher em todos os casos

5.1 História pregressa e sintomas actuais: .....

.....

.....

5.2 Exame clínico: .....

.....

.....

5.3 Outras observações: .....

.....

.....

5.4 Exames de especialidade (4): .....

.....

.....

5.5 Diagnóstico: .....

.....

.....

5.6 Conclusões: .....

.....

.....

5.7 ☐ O interessado não está incapaz de trabalhar

5.8 ☐ O interessado está incapaz de trabalhar

de ..... a .....

5.9 ☐ O interessado está parcialmente incapaz de trabalhar

(incapacidade de ..... %) de ..... a ..... (5)

5.10 ☐ O interessado será submetido a um novo exame médico em .....

5.11 ☐ O interessado está em condições de trabalhar a partir de .....

B. Relatórios em caso de acidente de trabalho

6. Primeiro relatório médico

6.1 Este acidente provocou as seguintes lesões (6): .....

.....

.....

.....

6.2 Estas lesões ☐ tiveram ☐ terão as consequências seguintes (7)

.....

.....

.....

6.3 A incapacidade de trabalho teve início em .....

6.4 A vítima é assistida

☐ em casa ☐ no consultório do médico

☐ no hospital ☐ noutro local

Endereço (8):

.....

.....

▼M3

E 116

7.	Último relatório médico		
7.1	O tratamento terminou em:		
7.2	As lesões estabilizaram-se em:		
7.3	☐ com recuperação total		
7.4	☐ e terão provavelmente as consequências seguintes:		
7.5	Descrição pormenorizada do estado da vítima depois da cura ou no termo do tratamento médico:		

8.	Instituição do lugar de residência ou de estada:		
8.1	Designação:		
8.2	Número da instituição competente:		
8.3	Endereço:		
8.4	Carimbo	8.5	Data: .....
		8.6	Assinatura: .....

NOTAS

(1) Sigla do país da instituição que preenche o formulário: 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; IS = Islândia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suíça. Indicar o tipo de exame e a data.

(2) O formulário E 116 não é necessário para requerimento de prestações de maternidade a cargo da Bélgica. Para a Bélgica, o presente formulário deve sempre ser enviado em primeiro lugar à instituição belga competente em matéria de seguro de doença. Na República Checa, no Liechtenstein, na Finlândia, na Noruega e na Suécia, o formulário é preenchido pelo médico assistente do interessado e verificado pela instituição de seguro.

(3) Indicar o apelido completo pela ordem do registo civil.

(4) Indicar o tipo de exame e a data.

(5) Para uso das instituições norueguesas.

(6) Indicar o tipo e a natureza das lesões e a parte do corpo lesionada: fractura de braço, contusão na cabeça, dedos, lesões internas, asfixia, etc.

(7) Indicar as consequências certas ou prováveis das lesões verificadas: morte, incapacidade permanente ou temporária, total ou parcial; em caso de incapacidade temporária, indicar a duração provável.

(8) Se a vítima receber tratamento hospitalar, indicar a designação do estabelecimento hospitalar.

▼M3

COMISSÃO ADMINISTRATIVA PARA A SEGURANÇA SOCIAL DOS TRABALHADORES MIGRANTES

E 117 ☐ (1)

CONCESSÃO DE PRESTAÇÕES PECUNIÁRIAS EM CASO DE MATERNIDADE E INCAPACIDADE DE TRABALHO

Regulamento (CEE) n.º 1408/71: artigo 19.º 1.b; artigo 22.º 1.a.ii; artigo 25.º 1.b; artigo 52.º b; artigo 55.º 1.a.ii
Regulamento (CEE) n.º 574/72: artigo 18.º 6 e 8; artigo 24.º; artigo 26.º 7; artigo 61.º 6 e 8; artigo 64.º

A instituição competente preenche o presente formulário e envia-o à instituição do lugar de residência ou de estada. A instituição competente informa também o trabalhador se as prestações pecuniárias são pagas pela instituição do lugar de residência.

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 2 páginas.

1. Instituição do lugar de residência ou de estada

1.1 Designação: .....

1.2 Número de identificação da instituição: .....

1.3 Endereço: .....

.....

2. Referência: vosso formulário E 115 de ..... (data)

3. ☐ Trabalhador assalariado ☐ Trabalhador não assalariado ☐ Trabalhador desempregado

3.1 Apelido(s) (2): ..... Apelido(s) de nascimento [caso seja(m) diferente(s)]: .....

3.2 Nome(s) próprio(s): ..... Data de nascimento: .....

3.3 Endereço no país de residência ou de estada: .....

.....

3.4 Número de identificação pessoal:

.....

4. A pessoa referida no quadro 3

4.1 ☐ tem direito a prestações pecuniárias, provisoriamente e salvo prorrogação eventual,
de ..... a .....

4.2 ☐ não tem direito a prestações pecuniárias
Motivo: ver o formulário E 118 anexo.

4.3 ☐ deixou de ter direito às prestações pecuniárias, a partir de ..... (data)
Motivo: ver o formulário E 118 anexo.

5. Estas prestações serão concedidas (3)

5.1 ☐ por nós

5.2 ☐ pela vossa instituição, por nossa conta (4)

5.3 ☐ pela entidade patronal (5)
de .....a ..... (6)

6. (7) (8)

6.1 O subsídio deve ser pago por todos os dias da semana, salvo
☐ Segunda-feira ☐ Terça-feira ☐ Quarta-feira
☐ Quinta-feira ☐ Sexta-feira ☐ Sábado ☐ Domingo

6.2 O montante diário líquido deste subsídio é de
..... (9), se o segurado não estiver hospitalizado.
..... (9), em caso de hospitalização.

6.3 ☐ Quando o subsídio for devido por um mês completo serão considerados 30 dias, quer o mês tenha ou não 30 dias.

▼M3

E 117

7. Queiram enviar-nos, logo que possível, o resultado

7.1 ☐ de exame ([10]): .....

7.2 ☐ de controlo administrativo: .....

7.3 ☐ de nova inspecção médica a efectuar por volta de .....(data)

8. Instituição competente

8.1 Designação: .....

8.2 Número de identificação da instituição: .....

8.3 Endereço: .....

.....

8.4 Carimbo

8.5 Data: .....

8.6 Assinatura:

.....

NOTAS

([1]) Sigla do país da instituição que preenche o formulário: 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; IS = Islândia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suíça.

([2]) Indicar o apelido completo pela ordem do registo civil.

([3]) Esta informação é desnecessária no caso dos desempregados para os quais tenha sido emitido um formulário E 119.

([4]) A instituição competente pode indicar aqui o método de pagamento.

([5]) Quando este formulário for enviado a uma instituição francesa, polaca, italiana ou húngara, é desnecessário assinalar esta quadrícula.

([6]) A preencher pelas instituições dinamarquesas, alemãs, luxemburguesas, polacas, húngaras ou eslovacas.

([7]) A preencher pelas instituições alemãs, luxemburguesas, polacas, eslovacas e espanholas.

([8]) A preencher somente no caso indicado no ponto 5.2.

([9]) Indicar o montante na moeda nacional.

([10]) Indicar o tipo de exame médico pedido (radiografia, análise de..., etc.).

▼M3

COMISSÃO ADMINISTRATIVA PARA A SEGURANÇA SOCIAL DOS TRABALHADORES MIGRANTES

E 118 [ ] (1)

NOTIFICAÇÃO DO NÃO-RECONHECIMENTO OU DO FIM DA INCAPACIDADE DE TRABALHO

Regulamento (CEE) n.º 1408/71: artigo 19.º 1.b; artigo 22.º 1.a.ii, b.ii, c.ii; artigo 25.º 1.b; artigo 52.º b; artigo 55.º 1.a.ii, b.ii, c.ii
Regulamento (CEE) n.º 574/72: artigo 18.º 4 e 6; artigo 24.º; artigo 26.º 5 e 7; artigo 61.º 4 e 6; artigo 64.°

Se o formulário disser respeito a um trabalhador no activo, a instituição do lugar de residência ou de estada (ou instituição competente) emite dois exemplares, dos quais um é enviado ao trabalhador e o outro à instituição de seguro de doença e maternidade ou de seguro contra os acidentes de trabalho e doenças profissionais do país competente (do lugar de residência ou de estada). Se disser respeito a um desempregado, devem ser emitidos além dos dois exemplares precedentes (dos quais um se destina ao desempregado), mais dois exemplares suplementares, dos quais um será enviado à instituição competente de seguro de desemprego e o outro à instituição do país para onde o desempregado se dirigiu à procura de trabalho.

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas.
É composto de 2 páginas e de um anexo de 3 páginas.

1. Beneficiário

1.1 Apelido(s): ..... Apelido(s) de nascimento [caso seja(m) diferente(s)]: .....

1.2 Nome(s) próprio(s): ..... Data de nascimento: .....

1.3 Endereço no país de residência ou de estada: .....
.....

1.4 Número de identificação pessoal:
.....

2. ☐ Instituição competente ☐ Instituição do lugar de residência ou de estada

2.1 Designação: .....

2.2 Número de identificação da instituição: .....

2.3 Endereço: .....
.....

3. ☐ Dos factos que foram trazidos ao nosso conhecimento: .....

☐ Da inspecção efectuada pelo nosso médico, em ..... (data)
conclui-se que

3.1 ☐ a sua incapacidade de trabalho é apenas parcial

3.2 ☐ tem direito a uma indemnização parcial no montante de ..... (2)
a partir de ..... (data)

3.3 ☐ não está incapaz de trabalhar

3.4 ☐ a sua incapacidade de trabalho terminou a ..... (3)

3.5 ☐ O último dia pelo qual receberá prestações pecuniárias é .....

3.6 ☐ A instituição competente decidirá sobre o último dia pelo qual receberá prestações pecuniárias.

3.7 ☐ Não tem direito a prestações por motivo de .....
.....
.....

4. ☐ Instituição do lugar de residência ou de estada ☐ Instituição competente

4.1 Designação: .....

4.2 Código de identificação da instituição: .....

4.3 Endereço: .....
.....

4.4 Carimbo

4.5 Data: .....

4.6 Assinatura:
.....

▼M3

E 118

Indicações destinadas ao trabalhador assalariado, ao trabalhador não assalariado ou ao desempregado

Se não concordar com a decisão que lhe é notificada através deste documento, pode interpor recurso. As vias e os prazos de recurso são indicados no anexo. Para as vias e os prazos de recurso, deve seguir as instruções dadas relativamente ao Estado competente.

NOTAS

(1) Sigla do país da instituição que preenche o formulário: 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; IS = Islândia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suíça.

(2) A preencher somente quando for a instituição competente a preencher o formulário. Indicar se se trata de montante diário, semanal ou mensal.

(3) Indicar o último dia de incapacidade de trabalho.

▼M3

E 118 Anexo

VIAS E PRAZOS DE RECURSO

Regulamento (CEE) n.º 574/72: artigo 18.º 4; artigo 61.º 4

1. Bélgica
Caso não concorde com a decisão anexa, tem o direito de interpor recurso, devendo fazê-lo por carta datada e assinada, entregue ou enviada sob registo, no prazo de três meses a contar da data da recepção da notificação, à secretaria do tribunal de trabalho competente.

Por tribunal de trabalho competente, entende-se:

a) Se residir na Bélgica, o tribunal de trabalho da circunscrição onde tiver o seu domicílio;

b) Se não residir ou já não residir na Bélgica, o tribunal de trabalho da circunscrição onde tinha o seu último domicílio ou a sua última residência na Bélgica;

c) Se não tiver tido domicílio ou residência na Bélgica, o tribunal de trabalho da circunscrição da sua última ocupação na Bélgica.

2. República Checa
Caso não concorde com a notificação anexa, tem o direito de interpor recurso junto da instituição competente checa indicada no ponto 2 ou 4 do formulário no prazo de três dias após recepção da notificação. A decisão indicará os prazos e vias de recurso.

3. Dinamarca
Se desejar contestar a decisão anexa, pode, no prazo de quatro semanas a contar da data de recepção da notificação da decisão, interpor recurso no «Den Sociale Ankestyrelse Dagpengeudvalgelt» (Comissão de recursos para assuntos sociais, comité dos subsídios diários), Amaliegade 25, PO Box 3061, 1021 Copenhaga K.

4. Alemanha
O acto administrativo anexo torna-se definitivo se não interpuser recurso no prazo de três meses a contar da notificação. Pode apresentar um recurso por escrito, no prazo de três meses, na seguinte instituição alemã:

Designação: .....

Endereço:
.....
.....

5. Estónia
Se desejar contestar a decisão anexa, pode, no prazo de 30 dias, interpor recurso junto da «Eesti Haigekassa», Lembitu 10, Tallin 10114.

6. Grécia
Caso não concorde com a decisão anexa, pode, no prazo de 30 dias a contar da data da recepção da respectiva notificação, interpor recurso junto de:

Designação: .....

Endereço:
.....
.....

7. Espanha
Pode apresentar recurso da decisão anexa, no prazo de 30 dias úteis a contar da data de recepção da notificação respectiva, junto de:

Designação: .....

Endereço:
.....
.....

8. França
Se desejar contestar a decisão anexa, dispõe de um prazo de dois meses a contar da data da recepção da notificação para interpor recurso junto do médico-chefe da Caixa primária de seguro de doença a seguir mencionada:

Designação: .....

Endereço:
.....
.....

9. Irlanda
Caso não concorde com a decisão anexa, pode interpor recurso junto do «Social Welfare Appeals Office», D'Olier House, D'Olier Street, Dublin 2. Esse recurso deve ser interposto no prazo de 21 dias a contar da data da recepção da decisão.

▼M3

E 118 Anexo

10. Itália

Decisões do INPS (doença e maternidade)

O segurado que queira contestar uma decisão do INPS pode apresentar um recurso administrativo à comissão provincial competente no prazo de 90 dias a contar da data de recepção da decisão em causa.

Além disso, o interessado pode interpor recurso judicial no prazo de um ano a contar da data da notificação da decisão da comissão ou uma vez decorridos 90 dias desde a apresentação do recurso sem que a comissão se tenha pronunciado.

Decisões do INAIL (acidentes de trabalho e doenças profissionais)

O segurado que queira contestar uma decisão do INAIL pode, no prazo de 60 dias a contar da data da recepção da notificação que lhe foi enviada, informar o INAIL, por carta registada com aviso de recepção ou por carta expedida contra recibo, dos motivos pelos quais considera que a decisão não se justifica; se se tratar de incapacidade permanente, deverá precisar o montante da indemnização a que se julgar com direito; em qualquer caso, o recurso deverá ser acompanhado de atestado médico que contenha elementos que justifiquem o seu pedido.

Se não receber resposta no prazo de 60 dias a contar da data do aviso de recepção ou do recibo atrás referido, ou se achar que a mesma não é satisfatória, pode citar o INAIL junto das instâncias judiciais.

A carta expondo os motivos por que o segurado não concorda com a decisão do INAIL pode ser-lhe enviada, quer directamente quer por intermédio da instituição do lugar de residência ou de estada.

11. Chipre

Se não estiver de acordo com a decisão em anexo poderá, no prazo de 15 dias a contar da notificação da decisão, apresentar um recurso ao ministro do Trabalho e da Segurança Social. Se não estiver satisfeito com a decisão do ministro poderá recorrer para o Supremo Tribunal no prazo de 75 dias a contar da data da notificação da decisão do ministro.

12. Letónia

Caso não concorde com a decisão anexa, pode, no prazo de um mês a contar da data da recepção da decisão anexa, interpor recurso junto de:

Designação: .....

Endereço:

.....

.....

13. Lituânia

Se desejar contestar a decisão anexa, pode interpor recurso junto da Comissão do Contencioso Administrativo no prazo de um mês a contar da data de recepção da notificação desta decisão.

14. **Luxemburgo**

Caso não concorde com a decisão anexa, tem o direito de interpor recurso, em princípio junto do «Conseil arbitral des assurances sociales», no prazo de 40 dias a contar da data da recepção da notificação da decisão.

15. Hungria

Caso não concorde com a comunicação anexa, tem o direito de solicitar uma decisão à instituição húngara competente (mencionada no quadro 2 ou no quadro 4 do formulário E 118). Pode recorrer da decisão da instituição competente no prazo de 15 dias a contar da data de recepção da notificação da decisão.

16. Malta

Se desejar contestar a decisão anexa, pode, no prazo de 30 dias a contar da data da decisão, interpor recurso junto do «Department of Social Security», Valletta.

17. Países Baixos

Caso não concorde com a comunicação anexa, tem o direito de solicitar à instituição neerlandesa competente (mencionada no quadro 2 ou no quadro 4 do formulário E 118) que tome uma decisão susceptível de recurso num prazo razoavelmente curto. A decisão indicará os prazos e vias de recurso.

18. Áustria

Caso não concorde com as informações anexas (formulário E 118), tem o direito de solicitar uma decisão à instituição austríaca competente mencionada no quadro 2 ou no quadro 4 do mesmo formulário, da qual poderá receber instruções quanto às vias de recurso admissíveis.

19. Polónia

Se não concordar com a decisão anexa, tem o direito de requerer uma decisão aos serviços de «Zaklad Ubezpieczen Spolecznych — ZUS» (Instituto de Segurança Social) com jurisdição sobre a sede da entidade patronal e, caso seja agricultor, aos serviços regionais de «Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Spolecznego — KRUS» (Fundo de Seguro Social Agrícola). Este serviço tomará a decisão sobre o seu direito às prestações e informá-lo-á das eventuais possibilidades de recorrer da decisão.

20. Portugal

Se não estiver de acordo com a decisão anexa, pode

— se a incapacidade para o trabalho não foi reconhecida, interpor recurso junto da Comissão Instaladora da Administração Regional de Saúde, no prazo de oito dias a contar da data da recepção da notificação da decisão,
ou

— se um pedido de prestações pecuniárias foi indeferido por razões administrativas, interpor recurso para o Tribunal Administrativo do Círculo competente, no prazo de dois meses a contar da data da recepção da notificação da decisão. Se estiver a residir fora de Portugal, este prazo é aumentado para quatro meses.

▼M3

E 118 Anexo

21. Eslovénia
Se não concordar com a decisão, pode intentar uma acção no Tribunal Social e do Trabalho, em Ljubljana (Komenskega 7), no prazo de 30 dias após a notificação da decisão.

22. Eslováquia
Se não concordar com a informação indicada e se o seu caso não tiver sido objecto de nenhuma decisão, pode solicitar à delegação competente da Agência de Seguro Social uma tal decisão. No prazo de 15 dias após a data da decisão da delegação local, pode dela recorrer para os serviços centrais da Agência de Seguro Social. A decisão dos serviços centrais da Agência de Seguro Social sobre as prestações é definitiva; não obstante, no prazo de dois meses a contar da data da decisão, pode interpor recurso no tribunal regional competente.

Em assuntos diferentes das prestações, pode recorrer, no prazo de 30 dias a contar da data da decisão dos serviços centrais da Agência de Seguro Social, para o tribunal regional competente. O endereço dos serviços centrais da Agência de Seguro Social é: Sociálna poist'ovňa, ústredie, ul. 29. augusta č. 8–10, 813 63 Bratislava 1.

23. Finlândia
Se desejar contestar a decisão anexa, pode interpor recurso no prazo de 30 dias a contar da data de recepção da notificação da decisão junto da instituição de seguro finlandesa mencionada no quadro 2 ou no quadro 4 do formulário E 118 ou junto da instituição de seguro mais próxima do seu lugar de residência, igualmente mencionada num desses quadros.

24. Suécia
No prazo de dois meses a contar da data de recepção da notificação da decisão, pode interpor recurso para a instituição sueca mencionada no quadro 2 ou no quadro 4 do formulário E 118. No seu recurso, deve indicar as razões pelas quais considera que a decisão não se justifica.

25. Reino Unido
Caso não concorde com a decisão anexa, pode interpor recurso no prazo de 28 dias a contar da data da recepção da notificação junto do «Pension Service» (Serviço de Pensões), «International Pension Centre» (Centro Internacional de Pensões), Tyneview Park, Newcastle -upon-Tyne, ou «Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch» (Agência de Segurança Social da Irlanda do Norte, Serviço Internacional), em Belfast, conforme o caso.

26. Islândia
Se desejar contestar a decisão anexa, pode interpor recurso junto da Comissão da Segurança Social do Estado, em Reiquejavique.

27. Liechtenstein

a) Relativamente ao seguro de doença: se não concordar com uma decisão de uma instituição de seguro de doença, pode pedir uma notificação formal da qual conste a fundamentação e as informações relativas às vias de recurso possíveis.
No prazo de 60 dias a contar da recepção dessa notificação formal, o interessado pode interpor recurso para o tribunal competente.

b) Relativamente ao seguro de acidentes: se não concordar com uma decisão de uma instituição de seguro de acidentes pode, no prazo de dois meses a contar da recepção da decisão, pedir à instituição competente que reconsidere a sua decisão.
Se não concordar com uma decisão de uma instituição de seguro de acidentes pode, também, no prazo de dois meses a contar da recepção da decisão, interpor recurso no tribunal competente. O mesmo vale para a decisão da instituição do seguro de acidentes, no que respeita ao pedido de reconsideração acima referido.

28. Noruega
O recurso contra uma decisão norueguesa deve ser enviado à instituição mencionada no quadro 2 ou no quadro 4 do formulário E 118 no prazo de seis semanas a contar da data de recepção da notificação da decisão.

29. Suíça
Caso não concorde com a decisão anexa, pode interpor recurso junto da instituição no prazo de 30 dias a contar da data da recepção da decisão. A decisão sobre o recurso deverá especificar as vias e os prazos de recurso.

▼**M3**

COMISSÃO ADMINISTRATIVA PARA A SEGURANÇA SOCIAL DOS TRABALHADORES MIGRANTES

E 125 ☐ (1)

RELAÇÃO INDIVIDUAL DAS DESPESAS EFECTIVAS

Regulamento (CEE) n.º 1408/71: artigo 36.º 1 e 2; artigo 63.º 1; artigo 87.º 1
Regulamento (CEE) n.º 574/72: artigo 93.º 1, 2, 4 e 5; artigo 105.º 1

Preencher separadamente um formulário por beneficiário de cuidados de saúde.

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas.

1. Factura n.º ..... ☐ 1.º semestre ☐ 2.º semestre do exercício de 20 .....

2. Instituição competente destinatária

2.1 Designação: .....
2.2 Número de identificação da instituição: .....
2.3 Endereço: .....

3. Beneficiário dos cuidados de saúde

3.1 Apelido(s) (2): .....
3.2 Apelido(s) de nascimento [caso seja(m) diferente(s)]: .....
3.3 Nome(s) próprio(s): ..... Data de nascimento: .....
.....
3.4 Número de identificação pessoal (3):
(a) atribuído pela instituição competente
.....
(b) atribuído pela instituição credora
.....
3.5 O segurado é
☐ um trabalhador assalariado
☐ um trabalhador não assalariado
☐ um trabalhador fronteiriço (assalariado)
☐ um trabalhador fronteiriço (não assalariado)
☐ um trabalhador desempregado

4. O interessado acima mencionado beneficiou das prestações com base no documento seguinte:

4.1 ☐ Cartão Europeu de Seguro de Doença: ..... Data do termo de validade: .....
☐ Atestado que substitui, a título provisório, o Cartão Europeu de Seguro de Doença: .....
datado de: ..... Válido de ..... a .....
☐ Formulário E ..... datado de ..... Válido de ..... a .....
.....

4.2 O interessado acima mencionado foi submetido à inspecção médica solicitada em .....

▼**M3**

E 125

5.	Despesas efectuadas			Montante (4)
5.1	**Por prestações em espécie** concedidas	de	a	.....
	em consequência de (5)	☐ doença	☐ acidente não profissional ☐ acidente ou doença profissional	
5.2	Cuidados médicos	.....		.....
5.3	Cuidados dentários	.....		.....
5.4	Medicamentos	.....		.....
5.5	Hospitalização	de	a	.....
		de	a	.....
5.6	Outras prestações (6)	.....		.....
		.....		.....
5.7	**Total das prestações em espécie**			.....
5.8	**Inspecções médicas** (7)	.....		
	.....			.....
5.9	**Por prestações pecuniárias**	de	a	.....
5.10	**Total das despesas**			
	.....			.....

6.	Instituição credora		
6.1	Designação:		
6.2	Número de identificação da instituição:		
6.3	Endereço:		
	.....		
6.4	Carimbo (8)	6.5	Data: .....
		6.6	Assinatura: .....

7.	Reservado à instituição do país competente

▼M3

E 125

NOTAS

(1) Sigla do país da instituição que preenche o formulário: 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; IS = Islândia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiça.

(2) Indicar o apelido completo pela ordem do registo civil.

(3) Se o beneficiário dos cuidados de saúde for membro da família inscrito com base no formulário E 106, indicar o número de identificação pessoal do segurado.

(4) Indicar o montante na moeda nacional.

(5) Se o formulário se destinar a uma instituição suíça.

(6) Indicar a natureza das prestações: cuidados de parto, próteses dentárias, próteses ortopédicas, cura termal, ambulância, meios auxiliares de diagnóstico, etc.

(7) Indicar a natureza dos exames médicos ou das inspecções médicas efectuadas.

(8) Um formulário enviado e assinado electronicamente não necessita de ser carimbado.

▼M3

COMISSÃO ADMINISTRATIVA PARA A SEGURANÇA SOCIAL DOS TRABALHADORES MIGRANTES

E 126 [ ] (1)

TARIFAS PARA O REEMBOLSO DAS PRESTAÇÕES EM ESPÉCIE

Regulamento (CEE) n.º 1408/71: artigos 22.º 1 a.i; 22.º 3; 22.º a; 31.º a; 34.º a
Regulamento (CEE) n.º 574/72: artigo 34.º

A instituição competente preenche a parte A do formulário e envia dois exemplares à instituição à qual competiria conceder as prestações ao interessado no país de estada, quer directamente, quer por intermédio do organismo de ligação. A instituição do lugar de estada, depois de ter preenchido a parte B do formulário, devolve um exemplar à instituição competente.

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas.

A. Pedido

1. Instituição destinatária (2)

1.1 Designação: .....
1.2 Número de identificação da instituição: .....
1.3 Endereço: .....
.....
.....

2. ☐ Titular

2.1 Apelido(s) (3): .....
2.2 Apelido(s) de nascimento [caso seja(m) diferente(s)]: .....

2.3 Nome(s) próprio(s): ..... Data de nascimento: .....
.....

2.4 Número de identificação pessoal:
.....

2.5 O segurado é / não é:
☐ um trabalhador assalariado
☐ um trabalhador não assalariado
☐ um trabalhador fronteiriço (assalariado)
☐ um trabalhador fronteiriço (não assalariado)
☐ um trabalhador desempregado

3. Membro da família do titular que recebeu cuidados de saúde:
3.1 Apelido(s) (3): .....
3.2 Nome(s) próprio(s): ..... Data de nascimento: .....
3.3 Número de identificação pessoal:
.....

4. O interessado acima mencionado
4.1 durante uma estada em ..... (país)
4.2 em ..... (localidade)
4.3 pagou as prestações de que teve necessidade: .....

5. Solicitamos a indicação, nas facturas anexas, relativamente a cada prestação que nas mesmas consta, do montante que lhe poderia ser reembolsado segundo as tabelas aplicadas pela instituição do lugar de estada. Somente para o Luxemburgo, indicar igualmente o montante a suportar pelo interessado.

6. Em anexo, ...facturas.

▼M3

E 126

7.	Instituição competente		
7.1	Designação:		
7.2	Número de identificação da instituição:		
7.3	Endereço:		
	.....		
7.4	Carimbo	7.5	Data: .....
		7.6	Assinatura:
			.....

B. Resposta

8. Em anexo, ... facturas com a indicação das tarifas.

9. ☐ Montante a reembolsar ..... ☐ Não há lugar a reembolso

10. Observações: .....
.....
.....
.....

11.	Instituição do lugar de estada		
11.1	Designação:		
11.2	Número de identificação da instituição:		
11.3	Endereço:		
	.....		
11.4	Carimbo	11.5	Data: .....
		11.6	Assinatura:
			.....

NOTAS

(1) Sigla do país da instituição que preenche o formulário: 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; IS = Islândia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suíça.

(2) Se a instituição à qual competiria conceder as prestações em espécie não for conhecida, o formulário pode ser dirigido ao organismo de ligação do país de estada, ou seja:

na **Bélgica**, *o «Institut national d'assurance maladie-invalidité» (INAMI) (Instituto Nacional de Seguro de Doença e Invalidez), em Bruxelas;*

na **República Checa**, *o «CMU» (Centro de Reembolsos Internacionais), em Praga;*

na **Dinamarca**, *o «Indenrigs- og Sundhedsministeriet» (Ministério do Interior e da Saúde), em Copenhaga;*

na **Alemanha**, *a «DVKA» (Organismo alemão de ligação para o seguro de doença – estrangeiro), em Bona;*

na **Estónia**, *a «Eesti Haigekassa» (Caixa de Seguro de Doença da Estónia);*

na **Grécia**, *a delegação regional ou local do Instituto de Seguros Sociais (IKA); quando se trata de um marítimo, a Caixa de reforma dos marítimos (NAT);*

em **Espanha**, *o «Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Instituto Nacional da Segurança Social), em Madrid;*

na **França**, *o «Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale» (Centro das ligações europeias e internacionais de segurança social), Paris;*

na **Irlanda**, *o «Department of Health» (Ministério da Saúde), em Dublim;*

na **Itália**, *o «Ministero della Salute» (Ministério da Saúde), em Roma;*

em **Chipre**, *o «*Υπουργείο Υγείας*» (Ministério da Saúde), 1448 Nicósia;*

na **Letónia**, *a «*Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra*» (Agência Nacional de Seguro de Doença Obrigatório), em Riga;*

na **Lituânia**, *a «*Valstybinė ligonių kasa*» (Caixa Nacional de Seguro de Doença), em Vilnius;*

no **Luxemburgo**, *a «Union des Caisses de Maladie» (União das Caixas de Doença), no Luxemburgo;*

na **Hungria**, *o «Országos Egészségbiztosítási Pénztár» (Caixa Nacional de Seguro de Doença), em Budapeste;*

em **Malta**, *a Entitlement Unit (Unidade de direitos), Ministry of Health (Ministério da Saúde), 23, St. John Street, Valletta;*

nos **Países Baixos**, *o «Agis Zorgverzekeringen» (Associação geral mutualista de Seguro de Doença), em Utreque;*

na **Áustria**, *a «Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger» (Associação das Instituições Austríacas de Segurança Social), em Viena;*

na **Polónia**, *o «Narodowy Fundusz Zdrowia» (Instituto do Seguro de Doença), em Varsóvia;*

em ***Portugal***, *o Departamento de Acordos Internacionais e Convenções de Segurança Social, em Lisboa;*

na **Eslovénia**, *o «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije Direkcija» (Instituto de Seguro de Doença da Eslovénia - Direcção), em Ljubljana;*

na **Eslováquia**, *a «Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou» (Autoridade de Supervisão dos Cuidados de Saúde), em Bratislava;*

▼**M3**

E 126

na **Finlândia**, *o «Kansaneläkelaitos» (Instituto de Seguro social), em Helsínquia;*
na **Suécia**, *o «Riksförsäkringsverket» (Instituto Nacional do Seguro Social), em Estocolmo;*
na **Islândia**, *o «Tryggingastofrun rikisins» (Instituto Nacional do Seguro Social), em Reiquiavique;*
no **Listenstaine**, *o «Amt für Volkswirtschaft» (Departamento da Economia Nacional), em Vaduz;*
na **Noruega**, *a «Rikstrygdeverket» (Administração Nacional do Seguro), em Oslo;*
na **Suíça**, *a «Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG» (Instituição comum no âmbito da Lei Federal do Seguro de Doença), em Soleure.*

([3]) Indicar o apelido completo pela ordem do registo civil.

▼**M3**

COMISSÃO ADMINISTRATIVA PARA A SEGURANÇA SOCIAL DOS TRABALHADORES MIGRANTES

E 127 [ ] (1)

RELAÇÃO INDIVIDUAL DOS MONTANTES FIXOS MENSAIS

Regulamento (CEE) n.º 1408/71: artigo 36.º 1 e 2
Regulamento (CEE) n.º 574/72: artigo 94.º e artigo 95.º

O presente formulário é emitido para um ano civil pela instituição do lugar de residência. Esta envia-o à instituição competente por intermédio do organismo designado para aplicação do artigo 102.º, n.º 2, do Regulamento (CEE) n.º 574/72.

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, em 3 exemplares, utilizando somente as linhas pontilhadas. Deverá ser preenchido um formulário por cada titular de pensão ou de renda e por cada membro da família de um titular de pensão ou de renda.

1.

Relação n.º ..... | do ano 20 .....(2)

2. Instituição competente

2.1 Designação: .....
2.2 Número de identificação da instituição: .....
2.3 Endereço: .....
.....

3. O direito às prestações em espécie foi adquirido pelo

☐ trabalhador assalariado ☐ titular de pensão ou de renda

☐ trabalhador não assalariado

3.1 Apelido(s)(3): .....
3.2 Apelido(s) de nascimento [caso seja(m) diferente(s)]: .....
3.3 Nome(s) próprio(s): ..... Data de nascimento: .....
3.4 Número de identificação pessoal atribuído pela instituição competente:
.....
3.5 Número de identificação pessoal atribuído pela instituição credora:
.....

4. A presente relação individual diz respeito:

4.1 ☐ à família da pessoa mencionada no quadro 3 e residente no seguinte endereço: .....
.....

4.2 ☐ ao titular de pensão ou de renda mencionado no quadro 3 e residente no seguinte endereço: .....
.....

4.3 ☐ ao membro da família, abaixo mencionado, do titular de pensão ou de renda mencionado no quadro 3

☐ ao membro da família, abaixo mencionado, da pessoa mencionada no quadro 3(4)

4.3.1 Apelido(s)(3): .....
4.3.2 Nome(s) próprio(s): ..... Data de nascimento .....
4.3.3 Endereço: .....
.....
4.3.4 Número de identificação pessoal atribuído pela instituição competente:
.....
4.3.5 Número de identificação pessoal atribuído pela instituição credora:
.....

▼M3

E 127

5. O direito dos membros da família do trabalhador acima mencionado ou do titular de pensão ou de renda acima mencionado e dos seus membros da família às prestações em espécie foi atestado pelo vosso

Formulário E ..... datado de .....

6. Pelo período durante o qual este direito existiu

(de ..... a .....)

6.1 O número de montantes fixos mensais é de .....

6.2 ☐ por família, independentemente do número de membros da família e aplicando uma tarifa única;

☐ por titular de pensão ou respectivos membros da família – para cada um, o formulário E específico e a mesma tarifa para o titular de pensão e para os respectivos membros da família;

☐ por pessoa (4).

7. Instituição credora

7.1 Designação: .....

7.2 Número de identificação da instituição: .....

7.3 Endereço: .....

.....

7.4 Carimbo (5)

7.5 Data: .....

7.6 Assinatura:

.....

NOTAS

(1) Sigla do país da instituição que preenche o formulário: 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; IS = Islândia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suíça.

(2) Indicar o apelido completo pela ordem do registo civil.

(3) O ano a indicar é aquele em que as prestações tiverem sido concedidas.

(4) No caso de um regime especial de montantes fixos mensais.

(5) Um formulário enviado e assinado electronicamente não necessita de ser carimbado.