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 54 de 25.2.2002, p. 1)

Alterada por:

		Jornal Oficial		
		n.º	página	data
►**M1**	Decisão 2003/251/CE n.º 187 de 27 de Junho de 2002	L 93	40	10.4.2003

▼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,

---

([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

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.

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*

REGIME DOS NÃO ASSALARIADOS

Ver «Instruções» no verso

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 ..... 4.15 Carimbo 4.16 Data ..... 4.17 Assinatura	4.18 Válido de ..... a ..... 4.19 Carimbo 4.20 Data ..... 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 Frederíksberg: 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 «Caísse 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.

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «instruções» na página 2

E 113 ☐ (1)

HOSPITALIZAÇÃO, NOTIFICAÇÃO DE ENTRADA E DE SAÍDA

Regulamento 1408/71: artigo 19.º; artigo 22.º; artigo 22.ºA; artigo 22.ºB; artigo 25.º 1 e 3.i; artigo 26.º; artigo 31.º a; artigo 34.ºA; artigo 34.ºB; artigo 52.º a; artigo 55.º 1
Regulamento 574/72: artigo 17.º 6; artigo 20.º 5; artigo 21.º 2; artigo 22.º 2 e 3; artigo 23.º; artigo 26.º 3; artigo 27.º; artigo 28.º; artigo 31.º 2 e 3; artigo 60.º 5; artigo 62.º 7; artigo 63.º 2

Este formulário deve ser emitido em caso de reembolso de prestações em espécie com base nas despesas reais. A preencher pela instituição do lugar de residência ou de estada: a parte A, para notificar a entrada no estabelecimento hospitalar, a parte B, para notificar a saída; a enviar à instituição competente. Se a instituição competente for uma instituição dinamarquesa ou do Reino Unido, não é necessário emitir este formulário.

1 Instituição competente

1.1 Designação: .....

1.2 Endereço (2): .....

.....

2 ☐ 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
☐ Trabalhador em situação de desemprego ☐ Requerente de pensão ou de renda

2.1 Apelido (2a)

.....

2.2 Nomes próprios ..... Apelidos de solteira (2a) ..... Data de nascimento .....

2.3 Endereço no país de residência ou de estada (2):

.....

.....

2.4 Número de identificação (2b): .....

3 Membro da família hospitalizado

3.1 Apelido (2a)

.....

3.2 Nomes próprios ..... Apelidos de solteira (2a) ..... Data de nascimento .....

3.3 Endereço no país de residência ou de estada (2) (3)

.....

3.4 Número de identificação (2b): .....

4 Referência

4.1 ☐ vosso formulário ..... de ..... (4)

4.2 ☐ nosso formulário E 107 de .....

A. Notificação de entrada

5 A pessoa mencionada ☐ no quadro 2 ☐ no quadro 3

5.1 foi hospitalizada a .....

5.2 no estabelecimento seguinte (5) .....

5.3 em consequência ☐ de doença ☐ de maternidade ☐ de acidente de trabalho (6)
☐ de doença profissional (7) ☐ de acidente da vida privada (8)

5.4 A hospitalização prolongar-se-á provavelmente até .....

5.5 ☐ (9) Documentos justificativos ou relatório médico, em anexo

▼B

E 113

B. Notificação de saída

6 A hospitalização notificada

☐ pelo nosso formulário E 113 datado de .....

☐ na parte A anterior

terminou em .....

7 Instituição do lugar de residência ou de estada

7.1 Designação: .....

7.2 Endereço (2): .....

.....

7.3 Carimbo

7.4 Data: .....

7.5 Assinatura

.....

INSTRUÇÕES

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

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 que preenche o formulário: 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 = Listenstaina; N = Noruega.

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

(2a) 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.

(2b) Para os nacionais espanhóis, indicar o número que consta no cartão de identidade nacional (DNI), se existir, mesmo que esteja caducado, ou passaporte /N.I.F. Para os nacionais italianos indicar, se possível, o número de inscrição e/ou o «codice fiscale».

(3) Indicar, quando o endereço do familiar for diferente do mencionado no quadro 2.

(4) Número e data de emissão do formulário que atesta o direito do segurado às prestações.

(5) Designação do estabelecimento hospitalar.

(6) Se a vítima estiver segurada na Bélgica ou no Listenstaina, indicar a seguir o nome e endereço da entidade patronal:

Nome ou firma: .....

Endereço (2): .....

.....

(7) A indicar, se possível.

(8) A preencher, para uso das instituições francesas de trabalhadores não assalariados agrícolas e das instituições portuguesas.

(9) Assinalar com uma cruz a quadrícula, se for necessário.

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «instruções» na página 2

E 114 ☐ (1)

CONCESSÃO DE PRESTAÇÕES EM ESPÉCIE DE GRANDE IMPORTÂNCIA

Regulamento 1408/71: artigo 19.º; artigo 22.º; artigo 22.ºA; artigo 22.ºB; artigo 24.º; artigo 25.º 1 e 3.i; artigo 26.º; artigo 31.º a; artigo 34.ºA; artigo 34.ºB; a; artigo 52.º a; artigo 55.º 1
Regulamento 574/72: artigo 17.º 7; artigo 20.º 5; artigo 21.º 2; artigo 22.º 2 e 3; artigo 23.º; artigo 26.º 3; artigo 27.º; artigo 28.º; artigo 31.º 2 e 3; artigo 60.º 6; artigo 62.º 7; artigo 63.º 2 e 3

Este formulário é emitido no caso de reembolso de prestações em espécie com base nas despesas efectivas. A instituição do lugar de residência ou de estada preenche a parte A e envia à instituição competente um ou dois exemplares do formulário conforme esta notificação diga respeito ao caso previsto no ponto 7.1 ou no ponto 7.2. Se a instituição competente entender dever opor-se à concessão das prestações, deve preencher a parte B e enviar um exemplar do formulário à instituição do lugar de residência ou de estada. Se a instituição competente for uma instituição do Reino Unido, não é necessário emitir este formulário.

A. Notificação

1 Instituição competente

1.1 Designação: .....
1.2 Endereço (2): .....
.....
.....

2 (3) ☐ 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
☐ Trabalhador em situação de desemprego ☐ Requerente de pensão ou de renda

2.1 Apelido (3a)
.....
2.2 Nomes próprios ..... Apelidos de solteira (3a) ..... Data de nascimento .....
2.3 Endereço no país de residência ou de estada (2)
.....
.....
2.4 Número de identificação (3b): .....

3 Membro da família em causa

3.1 Apelido (3a)
.....
3.2 Nomes próprios ..... Apelidos de solteira (3a) ..... Data de nascimento .....
3.3 Endereço no país de residência ou de estada (2) (4)
.....
3.4 Número de identificação (3b): .....

4 Referência:
4.1 ☐ vosso formulário ..... de ..... (5)
4.2 ☐ nosso formulário E 107 de .....
5 Os nossos serviços médicos reconheceram, em relação à pessoa mencionada
☐ no quadro 2 ☐ no quadro 3
5.1 ☐ a necessidade ☐ a urgência absoluta
5.2 das prestações seguintes: .....
.....
5.3 cujo custo ☐ provável ☐ efectivo é, nos termos da nossa legislação, de ..... (6)
6 ☐ Em anexo encontra-se o relatório médico de controlo (7)
7 As prestações referidas no ponto 5.2 (8)
7.1 ☐ já foram concedidas de urgência a .....
7.2 ☐ serão concedidas, se não houver oposição da vossa parte, dentro de 15 dias a contar da data do envio da presente notificação.

①

▼B

E 114

8	Instituição do lugar de residência ou de estada		
8.1	Designação:	.....	
8.2	Endereço ([2]):	.....	
	.....		
8.3	Carimbo	8.4 Data:	.....
		8.5 Assinatura	.....

B. Oposição eventual da instituição competente

9 Em seguimento ao ponto 7.2 temos a honra de informar que as prestações indicadas no ponto 5.2 não podem ser concedidas.

Motivo

.....

.....

10	Instituição competente				
10.1	Designação:	.....	N.º de código ([9]):	.....	
10.2	Endereço ([2]):	.....			
	.....				
10.3	Carimbo	10.4 Data:	.....		
		10.5 Assinatura	.....		

INSTRUÇÕES

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

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 que preenche a parte A do formulário: 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 = Listenstaina; N = Noruega.

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

([3]) Se a vítima estiver segurada na Bélgica ou no Listenstaina, indicar a seguir o nome e o endereço da entidade patronal:

Nome ou firma:	.....	
Endereço ([2]):	.....	
.....		

([3a]) 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.

([3b]) Para os nacionais italianos indicar, se possível, o número de inscrição e/ou o «codice fiscale».

([4]) A indicar somente quando o endereço do familiar for diferente do mencionado no quadro 2.

([5]) Número e data de emissão do formulário atestando o direito do interessado às prestações.

([6]) O montante deverá ser indicado na moeda do país de estada ou de residência.

([7]) Se o relatório médico se encontrar em anexo ao formulário, assinalar com uma cruz a respectiva quadrícula.

([8]) Quando se tratar de um trabalhador não assalariado belga, ter em conta **somente** as prestações em espécie em caso de hospitalização.

([9]) A preencher se o possuir.

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «instruções» na página 3

E 115 ☐ (1)

REQUERIMENTO DE PRESTAÇÕES PECUNIÁRIAS POR INCAPACIDADE DE TRABALHO

Regulamento 1408/71: artigo 19.º 1.b; artigo 22.º 1.a.ii; artigo 22.ºA; artigo 22.ºB; artigo 25.º 1.b; artigo 34.ºB; artigo 52.º b; artigo 55.º 1.a.ii
Regulamento 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, o outro à instituição correspondente do país para onde o desempregado se tiver deslocado à procura de trabalho (ver igualmente notas 7 e 9).

1 Instituição competente

1.1 Designação: .....

1.2 Endereço (2): .....

.....

.....

2 ☐ Trabalhador assalariado ☐ Trabalhador não assalariado ☐ Trabalhador em situação de desemprego

2.1 Apelido (2a)

.....

2.2 Nomes próprios ..... Apelidos de solteira (2a) ..... Data de nascimento .....

2.3 Endereço no país competente (2)

.....

.....

2.4 Endereço no país de residência ou de estada (2)

.....

.....

2.5 Número de identificação (2b): .....

2.6 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 (2): .....

.....

3.3 Actividade da empresa: .....

A. ☐ (5) **Pedido de prestações**

4 A pessoa mencionada no quadro 2 solicitou a .....
a concessão de prestações pecuniárias por incapacidade de trabalho por

4.1 ☐ doença (6) ☐ maternidade (data presumível do parto: .....)
☐ acidente de trabalho ☐ acidente ocorrido em ..... (data)
☐ doença profissional ☐ adopção ☐ compensação reduzida em caso de maternidade e adopção (6)

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

▼B

E 115

6	Segundo o parecer do nosso médico inspector	☐ cujo relatório se anexa ☐ cujo relatório será enviado o mais breve possível
6.1	☐ A incapacidade de trabalho teve início a	.....
	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 e, em particular,

.....

.....

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

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

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) **Prolongamento da incapacidade de trabalho**

11	Em seguimento ao	
11.1	☐ nosso formulário E 115 de	.....
11.2	☐ vosso formulário E 117 de	.....
11.3	Temos a honra de informar que, segundo o parecer do nosso médico que procedeu ao exame,	
	☐ cujo relatório se encontra em anexo,	
	☐ cujo relatório será enviado o mais breve possível	
	a pessoa indicada no quadro 2 estará provavelmente incapaz de trabalhar até	
	.....	

12	Instituição do lugar de residência ou de estada	
12.1	Designação:	.....
12.2	Endereço (2):	.....
	.....	
12.3	Carimbo	
12.4	Data:	.....
12.5	Assinatura	
	.....	

②

▼B

E 115

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas; nenhuma delas pode ser suprimida, mesmo que não contenha qualquer indição útil.

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 que preenche a parte A do formulário: 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 = Listenstaina; N = Noruega.

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

(2a) 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.

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

(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. Para os Países Baixos, é indispensável preencher o quadro 4.

(6) Quando solicitada ao abrigo da legislação norueguesa.

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

(8) Se o formulário se destinar a ser enviado a uma instituição alemã ou italiana, é desnecessário assinalar. Assinalar apenas a quadrícula 10.

(9) Para Itália, em caso de doença ou maternidade, este formulário deve ser enviado à sede local competente 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» (INAI) (Instituto Nacional de Seguro contra os Acidentes de Trabalho). Para os Países Baixos, se a instituição de seguro de doença competente não for conhecida, dirigir o formulário ao G.A.K., Postbus 8300, Amesterdam.

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «instruções» na página 3

E 116 ☐ (1)

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

Regulamento 1408/71: artigo 19.º 1.b; artigo 22.º 1.a.ii; 1.b.ii; 1.c.ii; artigo 22.º A; artigo 22.º B; artigo 25.º 1.b.; artigo 34.º B; artigo 52.º b; artigo 55.º 1.aii; 1.b.ii e 1.c.ii
Regulamento 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. Para a Bélgica, deve sempre ser enviado em primeiro lugar à instituição belga competente em matéria de seguro de doença (9). No Listenstaina, na Noruega e na Suécia, o formulário é preenchido pelo médico assistente do interessado e verificado pela instituição de seguro.

1 Instituição competente destinatária

1.1 Designação: .....

1.2 Endereço (2): .....

.....

1.3 Referência: nosso formulário E 116 de .....

2 Anexo ao formulário E 115 de .....

3 ☐ Trabalhador assalariado ☐ Trabalhador não assalariado ☐ Trabalhador em situação de desemprego

3.1 Apelido (2a)

.....

3.2 Nomes próprios ..... Apelidos de solteira (2a) ..... Data de nascimento .....

3.3 Endereço no país de residência ou de estada (2)

.....

.....

3.4 Número de identificação (3): .....

4 Eu, abaixo assinado, ... , licenciado em medicina, depois de ter examinado a pessoa acima mencionada em ..... , considero

4.1 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 não ocupacional

4.3 ☐ de recaída ou agravamento

▼B

E 116

Parte A: Relatório geral

5 A preencher em todos os casos (designadamente em caso de acidente de trabalho)

5.1 História pregressa e sintomas actuais

.....

.....

5.2 Exame clínico

5.3 Estado geral: ..... Peso: ..... Altura: ..... (4)

5.4 Outras observações: .....

.....

.....

5.5 Exames de especialidade (5): .....

.....

.....

5.6 Diagnóstico: .....

5.7 Conclusões:

5.8 ☐ O interessado não está incapaz de trabalhar

5.9 ☐ O interessado está incapaz de trabalhar

desde ..... até .....

5.10 ☐ O interessado está parcialmente incapaz de trabalhar (incapacidade de ..... %) desde ..... até ..... (5a)

5.11 ☐ O interessado será submetido a um novo exame médico a .....

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

Parte 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 a .....

6.4 A vítima é assistida

☐ em casa ☐ no consultório do médico

☐ no hospital ☐ em outro local

Endereço (2) (8): .....

.....

②

▼B

E 116

7	Último relatório médico

7.1 O tratamento terminou a .....

7.2 As lesões consolidaram-se a .....

7.3 ☐ sem sequelas

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 Endereço ([2]): .....

.....

8.3 Carimbo

8.4 Data: .....

8.5 Assinatura do médico

.....

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas; nenhuma delas pode ser suprimida, mesmo que não contenha qualquer indicação útil.

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 que preenche o formulário: 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 = Listenstaina; N = Noruega.

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

([2a]) 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.

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

([4]) Informações a fornecer quando necessárias.

([5]) Indicar o tipo de exame e a data.

([5a]) Para uso das instituições norueguesas.

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

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

([8]) Se a vítima estiver a receber tratamento num hospital, indicar o nome do mesmo.

([9]) Para os pedidos de prestações por maternidade pagáveis pela Bélgica, o formulário E 116 não é necessário.

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «instruções» na página 2

E 117 ☐ (1)

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

Regulamento 1408/71: artigo 19.º 1.b; artigo 22.º 1.a.ii; artigo 22.ºA; artigo 22.ºB; artigo 25.º 1.b.; artigo 34.ºB; artigo 52.º b; artigo 55.º 1.aii
Regulamento 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 de lugar de residência ou de estada. A instituição competente deve igualmente informar o trabalhador no caso das prestações pecuniárias serem pagas pela instituição do lugar de residência (Regulamento 574/72, artigo 61.º 8).

1 Instituição do lugar de residência ou de estada

1.1 Designação: .....

1.2 Endereço (2): .....

.....

.....

2 Referência: vosso formulário E 115 de .....

3 ☐ O trabalhador assalariado ☐ O trabalhador não assalariado ☐ O trabalhador em situação de desemprego

3.1 Apelido (2a)

.....

3.2 Nomes próprios ..... Apelidos de solteira (2a) ..... Data de nascimento .....

3.3 Endereço no país de residência ou de estada (2)

.....

.....

3.4 Número de indentificação (2b): .....

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

4.1 ☐ não tem direito a prestações pecuniárias
Motivo: ver E 118 anexo

4.2 ☐ deixou de ter direito às prestações pecuniárias, a partir de .....
Motivo: ver E 118 anexo

5 Estas prestações serão concedidas (3a)

5.1 ☐ por nós

5.2 ☐ pela vossa instituição, por nossa conta (3b)

5.3 ☐ pela entidade patronal (4)
de ..... a ..... (5)

6 (3) (6)

6.1 O subsídio deve ser pago:

6.2 por todos os dias da semana, salvo ☐ Segunda ☐ Terça ☐ Quarta ☐ Quinta ☐ Sexta ☐ Sábado ☐ Domingo

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

6.4 ☐ (8) Quando o subsídio for devido por um mês completo serão considerados 30 dias, quer o mês tenha ou não 30 dias

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

7.1 ☐ de exame (9) .....

7.2 ☐ de controlo administrativo

7.3 ☐ de nova inspecção médica a efectuar por volta de .....

①

▼B

E 117

8	Instituição competente			
8.1	Designação:		N.º de código ([10]):	.....
8.2	Endereço ([2]):			
	.....			
8.3	Carimbo			
		8.4	Data:	.....
		8.5	Assinatura	
			.....	

INSTRUÇÕES

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

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 que preenche o formulário: 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 = Listenstaina; N = Noruega.

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

([2a]) 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.

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

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

([3a]) A instituição competente pode indicar neste espaça o modo de pagamento:

.....

.....

([3b]) Quando este formulário for enviado a uma instituição francesa ou italiana, é desnecessário assinalar esta quadrícula.

([4]) A preencher, se for caso, disso pelas instituições dinamarquesas, alemãs ou luxemburguesas.

([5]) A preencher pelas instituições alemãs, espanholas e luxemburguesas.

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

([7]) Indicar o montante na moeda do país competente.

([8]) Assinalar com uma cruz esta quadrícula se for o caso.

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

([10]) A preencher se o possuir.

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «Instruções» no verso

E 118 ☐ (1)

NOTIFICAÇÃO DO NÃO RECONHECIMENTO OU DO FIM DA INCAPACIDADE DE TRABALHO

Regulamento 1408/71: artigo 19.º 1.b; artigo 22.º 1.a.ii, b.ii, c.ii; artigo 22.ºA; artigo 22.ºB; artigo 25.º 1.b; artigo 34.ºB; artigo 52.º b; artigo 55.º 1.a.ii, b.ii, c.ii
Regulamento 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.º

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.

1 ☐ Trabalhador assalariado ☐ Trabalhador não assalariado ☐ Trabalhador em situação de desemprego

1.1 Apelido (1a)
.....

1.2 Nomes próprios ..... Apelidos de solteira (1a) ..... Data de nascimento .....

1.3 Endereço no país de residência ou de estada (2):
.....
.....

1.4 Número de indentificação (2a): .....

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

2.1 Designação: .....

2.2 Endereço (2): .....
.....

3 ☐ Dos factos que foram trazidos ao nosso conhecimento
☐ Da inspecção efectuada pelo nosso médico, a ..... conclui-se que:

3.1 ☐ a sua incapacidade de trabalho é apenas parcial

3.2 ☐ tem direito a uma indemnização parcial no montante de .....
a partir de ..... (3)

3.3 ☐ não está incapaz de trabalhar

3.4 ☐ a sua incapacidade de trabalho terminou a ..... (4)

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: ..... N.º de código (5): .....

4.2 Endereço (2): .....
.....

4.3 Carimbo

4.4 Data: .....

4.5 Assinatura
.....

▼B

E 118

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando somente as linhas pontilhadas. É composto de 5 páginas; nenhuma delas pode ser suprimida mesmo que não contenha qualquer indicação útil.

Indicações destinadas ao trabalhador ou ao desempregado:

Se não concordar com a decisão que lhe é notificada através deste documento, pode interpor recurso.

Para qualquer informação sobre as vias e os prazos de recurso queiro consultar o anexo.

Para as vias e os prazos de recurso deve seguir as instruções dadas relativamente ao Estado competente.

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 que preenche o formulário: 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 = Listenstaina; 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 italianos indicar, se possível, o número de inscirção e/ou «codice fiscale».

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

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

(5) A preencher, se o possuir.

▼B

E 118 Anexo

VIAS E PRAZOS DE RECURSO

Regulamento 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 um mês 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. **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 Copenhagen K.

3. **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: .....
.....

4. **GRÉCIA**

Caso não concorde com a decisão anexa, pode, num prazo de 30 dias úteis a contar da data da recepção da respectiva notificação, interpor recurso junto de:

Designação: .....
Endereço: .....
.....

5. **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: .....
.....

quer directamente quer por intermédio da instituição de seu lugar de estada ou de residência.

6. **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: .....
.....

③

▼B

E 118 Anexo

7. **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.

8. **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 mesma.

Além disso, o interessado pode interpor recurso judicial no prazo de um ano a contar da data da notificação da decisão da referida Comissão ou no prazo de 90 dias desde a apresentação do recurso, se a Comissão não se tirer 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 a taxa de 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 contestacão pode ser enviada quer directamente ao INAIL quer por intermédio da instituição do lugar de residência ou de estada.

9. **LUXEMBURGO**

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

10. **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 dentro de um prazo razoavelmente curto. A decisão deverá indicar as vias e prazos de recurso.

11. **ÁUSTRIA**

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

12. **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 rejeitado por razões administrativas, interpor recurso junto do Tribunal competenta a nível local (Tribunal Administrativo do Círculo), no prazo de dois meses a contar da data da recepção da notifcação da decisão. Se estiver a residir fora de Portugal, este prazo é aumentado para quatro meses.

13. **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 finlandesa de seguro 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.

▼B

E 118 Anexo

14. **SUÉCIA**

No prazo de dois meses a contar da data de recepção da notificação da decisão, pode interpor recurso junto da 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.

15. **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 «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» (Ministério da Segurança Social, Agência de Prestações, Direcção das Prestações Internacionais), em Newcastle-upon-Tyne, ou da «Nothern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch» (Agência de Segurança Social da Irlanda do Norte, Serviço Internacional), em Belfast, conforme o caso.

16. **ISLÂNDIA**

Se desejar contestar a decisão anexa, pode interpor recurso junto do Conselho Estatal de Segurança Social, em Reiquiavique.

17. **LISTENSTAINA**

a) Relativamente ao seguro de doença: se não concordar com uma decisão de uma instituição de seguro de doença, tem o direito de exigir uma notificação formal da qual conste a fundamentação e informações relativas às vias de recurso possíveis.

   No prazo de 60 dias a contar da recepção dessa notificação formal, o interessado pode interpor recurso junto do tribunal judicial competente.

b) Relativamente ao seguro de acidentes: se não concordar com uma decisão de uma instituição de seguro de acidente, 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 judicial competente. O mesmo vale para a decisão da instituição do seguro de acidentes, no que respeita ao pedido de reconsideração acima referido.

18. **NORUEGA**

O recurso contra uma decisão norueguesa deve ser apresentado 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.

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «instruções» na página 3

E 125 ☐ (1)

RELAÇÃO INDIVIDUAL DAS DESPESAS EFECTIVAS

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

Preencher um formulário por beneficiário

1 Factura n.º ..... (2) ☐ 1.º semestre ☐ 2.º semestre do exercício 20 .....

2 Instituição competente destinatária

2.1 Designação: ..... N.º de código (2a): .....
2.2 Endereço (3): .....
.....

3 ☐ 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

3.1 Apelido (4)
.....
3.2 Nomes próprios ..... Apelidos de solteira (4) ..... Data de nascimento .....
3.3 Endereço (3): .....
.....
3.4 Endereço (3) no país competente: .....
.....
3.5 Número de identificação (4a): .....

4 Membro da família (5)

4.1 Apelido (4)
.....
4.2 Nomes próprios ..... Apelidos de solteira ..... Data de nascimento .....

5 A pessoa indicada ☐ no quadro 3 ☐ no quadro 4 beneficiou das prestações
ao abrigo do artigo seguinte do Regulamento 1408/71

5.1 ☐ 19.º 1, 2 ☐ 22.º 1a e 3 ☐ 22.º 1b e 3 ☐ 22.º 1c e 3 ☐ 22.º A ☐ 22.º B
☐ 25.º 1, 3, 4 ☐ 26.º ☐ 29.º 1 (5a) ☐ 31.º ☐ 34.º A ☐ 34.º B
☐ 52.º (5b) ☐ 55.º 1 (5b)

com base nos formulários seguintes que nos foram enviados:

5.2 ☐ formulário E ..... de ..... ☐ formulário E 117 de .....
Válido de ..... a .....

5.3 A pessoa indicada ☐ no quadro 3 ☐ no quadro 4
foi submetida à peritagem médica solicitada a
.....

①

▼B

E 125

6	Despesas efectuadas			6.1 Montante (6)
6.2	**Por prestações em espécie concedidas**	de	a	.....
6.3	Cuidados médicos			.....
6.4	Cuidados dentários			.....
6.5	Medicamentos			.....
6.6	Hospitalização	de	a	.....
		de	a	.....
6.7	Outras prestações (7)			
	.....			.....
6.8	**Total das prestações em espécie**			.....
6.9	**Inspecções médicas** (8)			
	.....			.....
6.10	**Por prestações pecuniárias concedidas**	de	a	.....
6.11	TOTAL DAS DESPESAS			.....

7	Instituição credora		
7.1	Designação:		N.º de código (9): .....
7.2	Endereço (3):		
	.....		
7.3	Carimbo	7.4	Data: .....
		7.5	Assinatura
			.....

8	Reservado à instituição do país competente

②

▼B

E 125

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas; nenhuma delas pode ser suprimida, mesmo que não contenha qualquer indicação útil.

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 que preenche o formulário: 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 = Listenstaina; N = Noruega.

(2) A indicar, se a informação for necessária à instituição credora.

(2a) A preencher se for conhecido.

(3) Rua, número, código postal, localidade, país.

(4) 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.

(4a) Para os nacionais espanhóis, titulares ou requerentes de pensão ou renda, indicar o número que figura no cartão de identidade nacional (DNI), se existir, mesmo que esteja caducado. Para os nacionais italianos indicar, se possível, o número de inscrição e/ou o «codice fiscale».

(5) A indicar somente quando a factura disser respeito a um membro da família do segurado.

(5a) Apenas diz respeito às relações com a França, para as prestações concedidas até 31.12.2001.

(5b) Para uso das instituições dinamarquesas, indicar, se possível, o nome da entidade patronal quando as prestações são recebidas ao abrigo do artigo 52.º ou do artigo 55.º, n.º 1.

Nome da entidade patronal: .....

Endereço: .....

.....

(6) Indicar o montante na moeda nacional.

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

(8) Indicar a natureza das inspecções médicas ou das peritagens médicas efectuadas.

(8) A preencher se o possuir.

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «instruções» na página 3

E 126 ☐ (1)

TARIFAS PARA O REEMBOLSO DAS PRESTAÇÕES EM ESPÉCIE

Regulamento 1408/71: artigo 22.º 1.a.i; artigo 22.º 3; artigo 22.ºA; artigo 22.ºB; artigo 31.º a; artigo 34.ºA; artigo 34.ºB;
Regulamento 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.

A. Pedido

1 Instituição destinatária (2)

1.1 Designação: .....

1.2 Endereço (3): .....

.....

.....

2

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

2.1 Apelido (3a)
.....

2.2 Nomes próprios ..... Apelidos de solteira (3a) ..... Data de nascimento .....

2.3 ☐ Esta pessoa está abrangida por um regime de não assalariados referido no anexo 11 do Regulamento 574/72

2.4 Número de identificação: .....

3 Membros da família que receberam assistência

	Apelido (3a)	Nomes próprios	Apelidos de solteira	Data de nascimento
3.2	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.3	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.4	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

▼B

E 126

4 O interessado acima mencionado

4.1 durante uma estada ..... (país)

4.2 em ..... (localidade)

4.3 pagou as prestações de que teve necessidade

4.4 O interessado é ☐ viúvo ☐ inválido (4)

4.5 e dispõe dum rendimento de ..... (4)

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 Anexos ..... facturas

7 Instituição competente

7.1 Designação: ..... N.º de código (4a): .....

7.2 Endereço (3): .....

.....

7.3 Carimbo

7.4 Data: .....

7.5 Assinatura

.....

B. Resposta

8 Em anexo, ... facturas com a indicação das tarifas, conforme vosso pedido.

9 ☐ Montante a reembolsar (5) ..... ☐ Não há lugar a reembolso

10 Observações: .....

.....

.....

.....

11 Instituição do lugar de estada

11.1 Designação: .....

11.2 Endereço (3): .....

.....

11.3 Carimbo

11.4 Data: .....

11.5 Assinatura

.....

②

▼B

E 126

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando somente as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas; nenhuma delas pode ser suprimida, mesmo que não contenha qualquer indicação útil.

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 que preenche a parte A do formulário: 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 = Listenstaina; N = Noruega.

(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), Bruxelas;*

— *na* **Dinamarca,** *o «Sundhedsministeriet» (Ministério da Saúde), Copenhaga;*

— *na* **Alemanha,** *o AOK-Bundesverband (Federação Nacional das Caixas Locais de Doença), Bona;*

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

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

— *em* **França,** *o «Centre de sécurité sociale des travailleurs migrants» (Centro de Segurança Social dos Trabalhadores Migrantes), Paris;*

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

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

— *no* **Luxemburgo,** *a «Union des caisses de maladie» (União das Caixas de Doença), Luxemburgo;*

— *nos* **Países Baixos,** *o «ANOZ Verzekeringen», Utrecht;*

— *na* **Áustria,** *a «Hauptverband der Österreichische Sozialversicherungsträger» (Associação das Instituições Austríacas de Seguro Social), Viena;*

— *em* **Portugal,** *o Departamento de Relações Internacionais de Segurança Social, em Lisboa;*

— *na* **Finlândia,** *a «Kansaneläkelaitos» (Instituto do Seguro Social), Helsínquia;*

— *na* **Suécia,** *o «Riksförsäkringsverket» (Instituto Nacional do Seguro Social), em Estocolmo;*

— *na* **Islândia,** *o «Tryggingastofrun rikisins» (Instituto Estatal do Seguro Social), em Reiquiavique;*

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

— *na* **Noruega,** *a «Rikstrygdeverket» (Administração Nacional do Seguro), Oslo.*

(3) Rua, número, código postal, localidade, país.

(3a) 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.

(4) A preencher somente se o pedido for dirigido a uma instituição belga.

(4a) A completar se o possuir.

(5) Indicar o montante total.

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «Instruções» no verso

E 127 ☐ (1)

RELAÇÃO INDIVIDUAL DOS MONTANTES FIXOS MENSAIS

Regulamento 1408/71: artigo 36.º1 e 2
Regulamento 574/72: artigo 94.º; artigo 95.º

1

Relação n.º ..... do ano 20..... (2)

2 Instituição competente

2.1 Designação: ..... N.º de código (3a): .....
2.2 Endereço (3): .....
.....

3 O direito às prestações em espécie está aberto pelo

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

3.1 Apelido (4)
.....

3.2 Nomes próprios ..... Apelidos de solteira (4) ..... Data de nascimento .....

3.3 Número de identificação atribuído pela instituição competente (4a): .....

4 A presente relação individual diz respeito:

4.1 ☐ à família do trabalhador mencionado no quadro 3 e residente no seguinte endereço (3)
.....

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

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

4.3.1 Apelido (4)
.....

4.3.2 Nomes próprios ..... Apelidos de solteira (4) ..... Data de nascimento .....

4.3.3 Endereço (3): .....
.....

4.3.4 Número de identificação atribuído pela instituição competente (4a): .....
.....

5 O direito dos membros da família do trabalhador acima mencionado ou do titular de pensão ou de renda acima mencionado e os membros da sua família às prestações em espécie foi certificado pelo nosso formulário
E ..... datado de .....

6 Pelo período durante o qual este direito existiu
(de ..... a .....)

6.1 O número de montantes fixos mensais
☐ por família ou por pensionista e família ☐ por membro da família ☐ *per capita*
é de .....

①

▼B

E 127

7	Instituição competente		
7.1	Designação:	N.º de código (5):	.....
7.2	Endereço (3):		
	.....		
7.3	Carimbo	7.4 Data:	.....
		7.5 Assinatura	
			.....

8	Reservado à instituição competente

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, em 3 exemplares, utilizando somente as linhas pontilhadas.

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 a aplicação do n.º 2, do artigo 102.º do Regulamento 574/72.

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 que preenche o formulário: 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 = Listenstaina; N = Noruega.

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

(3) Rua, número, código postal, localidade, país.

(3a) A preencher se conhecido.

(4) 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.

(4a) Para os nacionais italianos indicar, se possível, o número de inscrição e/ou o «codice fiscale».

(5) A preencher se o possuir.