

HOSPITALIZAÇÃO, NOTIFICAÇÃO DE ENTRADA E DE SAÍDA

Regulamento 1408/71: artigo 19º; artigo 22º; artigo 25º 1 e 3.i; artigo 26º; artigo 31º a; artigo 52º a; artigo 55º 1
Regulamento 574/72: artigo 17º 6; artigo 20º 5; artigo 21º 2; artigo 22º 2 e 3; artigo 23º; artigo 26º 3;
artigo 27º; artigo 28º; artigo 31º 2 e 3; artigo 60º 5; artigo 62º 7; artigo 63º 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	<input type="checkbox"/> Trabalhador assalariado	<input type="checkbox"/> Titular de pensão ou de renda (regime dos assalariados)	
	<input type="checkbox"/> Trabalhador não assalariado	<input type="checkbox"/> Titular de pensão ou de renda (regime dos não assalariados)	
	<input type="checkbox"/> Trabalhador em situação de desemprego	<input type="checkbox"/> Requerente de pensão ou de renda	
2.1	Apelido (2a)		
2.2	Nomes próprios	Apelidos anteriores (2a)	Data de nascimento
2.3	Endereço no país de residência ou de estada (2):		
2.4	Número de identificação (2b):		

3	Familiar hospitalizado		
3.1	Apelido (2a)		
3.2	Nomes próprios	Apelidos anteriores (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	<input type="checkbox"/> vosso formulário	..... de	(4)
4.2	<input type="checkbox"/> nosso formulário E 107 de	.....

A. Notificação de entrada

5	A pessoa mencionada	<input type="checkbox"/> no quadro 2	<input type="checkbox"/> no quadro 3	
5.1	foi hospitalizada a	.....	
5.2	no estabelecimento seguinte (5)	.....	
5.3	em consequência	<input type="checkbox"/> de doença	<input type="checkbox"/> de maternidade	<input type="checkbox"/> de acidente de trabalho (6)
		<input type="checkbox"/> de doença profissional (7)	<input type="checkbox"/> de acidente da vida privada (8)	
5.4	A hospitalização prolongar-se-á provavelmente até			
5.5	<input type="checkbox"/> (9) Documentos justificativos ou relatório médico, em anexo			

B. Notificação de saída

6	A hospitalização notificada		
	<input type="checkbox"/> pelo nosso formulário E 113 datado de	.....
	<input type="checkbox"/> 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

- * EEE — Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Áustria, na Finlândia, na Islândia, no Liechtenstein, na Noruega e na Suécia.
- (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; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Áustria; FIN = Finlândia; IS = Islândia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suécia.
- (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. Na sua falta, indicar «não tem». 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 certifica o direito do segurado às prestações.
- (5) Designação do estabelecimento hospitalar.
- (6) Se a vítima estiver segurada na Bélgica ou no Liechtenstein, 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.