

**REQUERIMENTO DE PRESTAÇÕES PECUNIÁRIAS POR INCAPACIDADE DE TRABALHO**

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

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	<input type="checkbox"/> Trabalhador assalariado	<input type="checkbox"/> Trabalhador não assalariado	<input type="checkbox"/> Trabalhador em situação de desemprego
2.1	Apelido (2a) .....		
2.2	Nomes próprios .....	Apelidos anteriores (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 (2a): .....		
2.6	Portador do formulário E 119 passado a .....	(3)	
	e do formulário E 303 passado a .....	(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	<input type="checkbox"/> doença (6)	<input type="checkbox"/> maternidade (data presumível do parto: .....	)
	<input type="checkbox"/> acidente de trabalho	<input type="checkbox"/> acidente ocorrido em .....	(data)
	<input type="checkbox"/> doença profissional	<input type="checkbox"/> adopção	<input type="checkbox"/> compensação reduzida em caso de maternidade e adopção (6)

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 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  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 (?).

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

B.  (?) 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 (?): .....

12.3 Carimbo

12.4 Data: .....

12.5 Assinatura .....

## 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

- 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 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; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Áustria; FIN = Finlândia; IS = Islândia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suécia.
- (2) Rua, número, código postal, localidade, país.
- (2<sup>a</sup>) 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<sup>b</sup>) 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, Amsterdã.