



SEGURANÇA SOCIAL



INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P.  
CENTRO DISTRIAL DE FARO

Unidade de Prestações e Contribuições  
Núcleo de Identificação, Qualificação e Gestão de Remunerações  
Rua Pintor Carlos Porfírio, n.º 35 • 8000-241 Faro

CESD - Cartão Europeu de Seguro de Doença

Regs. (CE) n.º 883/2004 e 987/2009

NISS: \_\_\_\_\_

UPC/NIQGR/EGR

NOME: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_

N.º doc. identificação: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Assunto:** Declaração do requerente para verificação do direito à emissão de CESD

Para que possa ser determinada a legislação aplicável, residência oficial e consequente enquadramento relativamente ao direito às prestações em espécie (cuidados de saúde imediatos), declaro o seguinte.

1 - Em que país(es) exerce ou exerceu atividade profissional?

.....

1.1 - Caso tenha deixado de exercer atividade profissional indique a data a partir da qual deixou de exercer a atividade profissional:

.....

2 - Qual a proveniência dos seus rendimentos (trabalho, pensão, outra, indique qual):

.....

2.1 - Recebe alguma pensão estrangeira?

Sim  Não

Se sim, queira indicar desde quando ...../...../..... e o organismo que lhe paga a pensão:

.....

País: .....

2.2 - A pensão é coordenável com os regulamentos comunitários, garantindo assistência médica (caso seja nacional de país terceiro deve juntar declaração atestando a Condição do Utente perante o Serviço Nacional de Saúde - "Condição SNS" ou "Condição Terceiro Pagador")?

.....

3 - É beneficiário(a) de algum subsistema de saúde público ou privado?

Sim  Não

Em caso afirmativo queira indicar qual: .....

4 - Qual o objetivo e duração da sua estada no estrangeiro:

.....



SEGURANÇA SOCIAL



INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P.  
CENTRO DE TRÁFICO DE SERVIÇOS

Unidade de Prestações e Contribuições  
Núcleo de Identificação, Qualificação e Gestão de Remunerações  
Rua Pintor Carlos Porfírio, n.º 35 • 8000-241 Faro

5 - Em que país é considerado residente para efeitos fiscais:

.....

6 - Queira indicar qual é a sua residência oficial:

.....

7 - Composição do agregado familiar, residência e situação profissional:

7.1 – Cônjuge ou equiparado:

Nome: .....

Data de nascimento: ...../...../..... Parentesco: .....

Residência: .....

País: .....

Trabalha:

Sim

\*Entidade Empregadora: .....

\*Local de trabalho: .....

Não

Outra situação, qual? .....

7.2 – Agregado familiar (descendentes a cargo/filhos) e respetiva residência:

7.2.1 Nome: .....

Data de nascimento: ...../...../..... Parentesco: .....

Residência: .....

País: .....

Estuda:

Sim - Em que país .....

Não - desde ...../...../.....

Trabalha:

Sim – Desde que data: ...../...../..... Em que país: .....

Não

7.2.2 Nome: .....

Data de nascimento: ...../...../..... Parentesco: .....

Residência: .....

País: .....

Estuda:

Sim - Em que país .....

Não - desde ...../...../.....



SEGURANÇA SOCIAL



INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P.

CENTRO REGIONAL DE FARO

Unidade de Prestações e Contribuições  
Núcleo de Identificação, Qualificação e Gestão de Remunerações  
Rua Pintor Carlos Porfírio, n.º 35 • 8000-241 Faro

Trabalha:

- Sim – Desde que data: ...../...../..... Em que país: .....
- Não

7.2.3 Nome: .....

Data de nascimento: ...../...../..... Parentesco: .....

Residência: .....

País: .....

Estuda:

- Sim - Em que país .....
- Não - desde ...../...../.....

Trabalha:

- Sim – Desde que data: ...../...../..... Em que país: .....
- Não

**Declaro que:**

- É do meu conhecimento que o CESD apenas permite beneficiar dos cuidados de saúde clinicamente necessários, tendo em conta a natureza das prestações a conceder e a duração previsível da estada.
- Não me desloco a nenhum dos outros Estados-Membros com o intuito de obter cuidados médicos para uma doença pré-existente, quer em relação a mim próprio quer a qualquer dos membros da família mencionados acima.
- Não vou exercer, noutro Estado-Membro, qualquer atividade profissional por conta de entidades empregadoras não abrangidas pela Segurança Social portuguesa.
- Devolverei o(s) CESD(s) à entidade que o(s) emitiu, caso venha a alterar-se a minha ligação ao sistema/subsistema/serviço acima assinalado, ou do(s) familiar(es) a meu cargo, designadamente por motivo de fixação de residência fora de Portugal, obtenção de emprego no estrangeiro, ou ainda mudança de empregador nacional que implique alteração da referida ligação.

Declaro ainda por mim sobre compromisso de honra que as informações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante. Tomei conhecimento que as falsas declarações são punidas nos termos da lei.

**ASSINATURA DO DECLARANTE:** .....

**DATA:** ...../...../.....

**Mais se esclarece que a emissão do CESD depende da análise dos elementos fornecidos pelo que a omissão de resposta, ou a resposta incompleta ao presente questionário, inviabiliza a emissão do referido cartão de assistência médica.**