

DA1

**Atestado de direito a cuidados
de saúde do seguro contra acidentes
de trabalho e doenças profissionais**

Regulamentos UE n.º 883/2004 e n.º 987/2009 (*)

INFORMAÇÃO PARA O TITULAR

O presente documento destina-se aos segurados que se desloquem, residam ou se encontrem temporariamente no território de um Estado-Membro da UE que não seja o Estado do seguro contra acidentes de trabalho e doenças profissionais (ATDP). Deve apresentar este documento à instituição que presta cuidados de saúde/ATDP do Estado de residência ou de estada para ter direito a cuidados de saúde. Pode ter direito a um reembolso complementar de acordo com as taxas de reembolso nacionais do lugar de estada. A sua instituição de cuidados de saúde deve informá-lo sobre esta questão. Para uma lista de instituições de cuidados de saúde, consultar <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. DADOS PESSOAIS DO TITULAR

1.1 Número de identificação pessoal no Estado-Membro competente	
1.2 Apelido	
1.3 Nomes próprios	
1.4 Apelido de nascimento (**)	
1.5 Data de nascimento	
1.6 Situação	
<input type="checkbox"/> 1.6.1 Trabalhador por conta de outrem	<input type="checkbox"/> 1.6.2 Trabalhador por conta própria
<input type="checkbox"/> 1.6.3 Desempregado	
1.7 Endereço no Estado de residência/estada	
1.7.1 Rua, N.º	1.7.3 Código postal
1.7.2 Cidade	1.7.4 Código do país

2. O TITULAR PODE RECEBER PRESTAÇÕES EM ESPÉCIE

<input type="checkbox"/> 2.1.1 por acidente de trabalho	<input type="checkbox"/> 2.1.2 por doença profissional
2.2 Período de tratamento previsto	
<input type="checkbox"/> 2.2.1 durante o período previsto pelas disposições da legislação do Estado de residência	
<input type="checkbox"/> 2.2.2 data de início	data de termo
<input type="checkbox"/> 2.2.3 durante três meses, no máximo	<input type="checkbox"/> 2.2.4 sem limitação de tempo

(*) Regulamento (CE) n.º 883/2004, artigo 36.º, e Regulamento (CE) n.º 987/2009, artigo 33.º.

(**) Informação fornecida à instituição pelo titular se aquela não a possuir.

DA1



Atestado de direito a cuidados de saúde do seguro contra acidentes de trabalho e doenças profissionais

3. O TITULAR TEM DIREITO A CUIDADOS DE SAÚDE PELOS SEGUINTES MOTIVOS

3.1 Acidente de trabalho sofrido 3.1.1 em (data)

3.1.2 e que teve as seguintes consequências

3.2 Doença profissional diagnosticada 3.2.1 em (data)

3.2.2 e que teve as seguintes consequências

3.3 A autorização que concedemos ao interessado para conservar o direito às prestações
em espécie em (Estado) para onde se desloca

3.3.1 para aí fixar a sua residência

3.3.2 para aí receber cuidados médicos

4. O RELATÓRIO DO NOSSO MÉDICO INSPECTOR

4.1 encontra-se em anexo, em envelope fechado 4.2 pode ser-nos solicitado

4.3 foi enviado 4.3.1 em 4.3.2 para

4.4 não foi efectuado

5. INSTITUIÇÃO QUE PREENCHE O FORMULÁRIO

5.1 Designação

5.2 Rua, N.º

5.3 Cidade

5.4 Código postal

5.5 Código do país

5.6 Identificação da instituição

5.7 N.º de fax

5.8 N.º de telefone

5.9 Correio electrónico

5.10 Data

5.11 Assinatura

CARIMBO