

ATESTADO RELATIVO À TOTALIZAÇÃO DOS PERÍODOS DE SEGURO, DE EMPREGO OU DE RESIDÊNCIA

Doença – maternidade – morte (subsídio) – invalidez

Regulamento (CEE) n.º 1408/71: artigo 9.º 2; artigo 18.º 1; artigo 38.º 1; artigo 64.º
Regulamento (CEE) n.º 574/72: artigo 6.º 2; artigo 16.º; artigo 39.º 1 e 2; artigo 79.º

A instituição competente preenche a parte A do formulário e envia dois exemplares à instituição do último Estado-Membro a cuja legislação o interessado esteve sujeito. Esta instituição preenche a parte B e devolve o formulário à instituição que lho enviou. Se o formulário for emitido a pedido do interessado, a instituição que o emite preenche as partes A.2 e B e entrega ou envia o formulário ao próprio interessado.

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas e nenhuma delas pode ser suprimida.

Parte A

1.	Instituição destinatária
1.1	Designação:
1.2	Número de identificação da instituição
1.3	Endereço:

2.	Segurado
2.1	Apelido(s) (2): SOARES CARNEIRO
2.2	Nome(s) próprio(s) (3): PEDRO JOSÉ BRAGA Data de nascimento: 1964/01/29
2.3	Apelido(s) anterior(es):
2.4	Número de identificação pessoal NISS: 11334619627 (PORTUGAL)
2.5	A partir da data indicada no ponto 3.1, o segurado exerceu uma actividade: <input type="checkbox"/> assalariada <input type="checkbox"/> não assalariada em(4)
2.6	<input type="checkbox"/> Última entidade patronal <input checked="" type="checkbox"/> Última actividade não assalariada
	Endereço: Alemanha
2.7	<input type="checkbox"/> Entidades patronais anteriores: <input type="checkbox"/> Actividades anteriores não assalariadas: [nome e endereço]

3. A fim de darmos seguimento a um pedido apresentado pelo segurado acima mencionado, solicitamos que nos comuniquem os períodos de seguro, de emprego ou de residência cumpridos pelo mesmo

3.1 a partir de **11/1994**

3.2 ao abrigo da legislação do vosso país, para o risco:

doença e maternidade(5) morte (subsídio) invalidez(6)

4. Instituição competente	
4.1 Designação:	.....
4.2 Número de identificação da instituição:	.....
4.3 Endereço:	.....
4.4 Carimbo	4.5 Data:
	4.6 Assinatura:

Parte B

5. A pessoa indicada no quadro 2

5.1 esteve abrangida pelo seguro de doença e maternidade desde a data mencionada no ponto 3.1⁽⁷⁾5.2 completou desde **11/1994**6. os períodos de seguro ou de emprego, para as seguintes prestações: **ABO** ⁽⁵⁾

6.1	de	11/1994	a	12/1996	⁽⁸⁾ para ⁽⁹⁾ o risco de	ABO	<input checked="" type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.2	de	04/2000	a	11/2000	⁽⁸⁾ para ⁽⁹⁾ o risco de	ABO	<input checked="" type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.3	de	01/2001	a	11/2002	⁽⁸⁾ para ⁽⁹⁾ o risco de	ABO	<input checked="" type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.4	de	01/2019	a	09/2020	⁽⁸⁾ para ⁽⁹⁾ o risco de	ABO	<input checked="" type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.5	de	.....	a	⁽⁸⁾ para ⁽⁹⁾ o risco de	<input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.6	de	.....	a	⁽⁸⁾ para ⁽⁹⁾ o risco de	<input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.7	de	.....	a	⁽⁸⁾ para ⁽⁹⁾ o risco de	<input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.8	de	.....	a	⁽⁸⁾ para ⁽⁹⁾ o risco de	<input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.9	de	.....	a	⁽⁸⁾ para ⁽⁹⁾ o risco de	<input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.10	de	.....	a	⁽⁸⁾ para ⁽⁹⁾ o risco de	<input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾

7. os períodos de residência seguintes

7.1	de	.....	a	⁽⁸⁾ para ⁽⁹⁾ o risco de	<input type="checkbox"/>
7.2	de	.....	a	⁽⁸⁾ para ⁽⁹⁾ o risco de	<input type="checkbox"/>
7.3	de	.....	a	⁽⁸⁾ para ⁽⁹⁾ o risco de	<input type="checkbox"/>
7.4	de	.....	a	⁽⁸⁾ para ⁽⁹⁾ o risco de	<input type="checkbox"/>
7.5	de	.....	a	⁽⁸⁾ para ⁽⁹⁾ o risco de	<input type="checkbox"/>
7.6	de	.....	a	⁽⁸⁾ para ⁽⁹⁾ o risco de	<input type="checkbox"/>
7.7	de	.....	a	⁽⁸⁾ para ⁽⁹⁾ o risco de	<input type="checkbox"/>
7.8	de	.....	a	⁽⁸⁾ para ⁽⁹⁾ o risco de	<input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
7.9	de	.....	a	⁽⁸⁾ para ⁽⁹⁾ o risco de	<input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
7.10	de	.....	a	⁽⁸⁾ para ⁽⁹⁾ o risco de	<input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾

8. Instituição que preenche a parte B

8.1 Designação:	ISS. IP. – CENTRO DISTRITAL DE LISBOA	
8.2 Número de identificação da instituição	1121	
8.3 Endereço:	AV. 5 DE OUTUBRO 175-5º ANDAR, 1069-451 LISBOA	
8.4 Carimbo	8.5 Data:	09-12-2020
	8.6 Assinatura:	<i>Sónia Costa</i>

NOTAS

- (¹) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche o formulário em primeiro lugar: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemanha; EE = Estónia; GR = Grécia; ES = Espanha; FR = França; IE = Irlanda; IT = Itália; CY = Chipre; LV = Letónia; LT = Lituânia; LU = Luxemburgo; HU = Hungria; MT = Malta; NL = Países Baixos; AT = Áustria; PL = Polónia; PT = Portugal; SI = Eslovénia; SK = Eslováquia; FI = Finlândia; SE = Suécia; UK = Reino Unido; IS = Islândia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suíça.
- (²) Indicar os apelidos pela ordem do registo civil.
- (³) Indicar os nomes próprios pela ordem do registo civil.
- (⁴) Indicar o Estado.
- (⁵) Se a instituição destinatária for uma instituição belga, francesa, grega, do Liechtenstein ou suíça, indicar o risco coberto utilizando os códigos seguintes: N = prestações em espécie, E = prestações pecuniárias.
- (⁶) Para uso das instituições francesas e letãs.
- (⁷) A preencher apenas se a instituição competente for uma instituição belga.
- (⁸) Se o atestado for destinado a uma instituição belga, checa, grega, letã, lituana, polaca ou do Liechtenstein, indicar se se trata de períodos de actividade assalariada ou não assalariada utilizando os códigos seguintes: D = assalariada; I = não assalariada.
Se o atestado for destinado a uma instituição alemã, lituana, luxemburguesa ou polaca, indicar os períodos de seguro no quadro 7 utilizando os códigos seguintes: P = seguro obrigatório; F = seguro voluntário.
- (⁹) Indicar o risco coberto, utilizando os códigos seguintes:
A = doença e maternidade; B = morte (subsídio); O = invalidez.
- (¹⁰) Se a instituição competente for uma instituição cipriota, alemã, irlandesa, húngara, austríaca ou do Reino Unido, assinalar com uma cruz esta quadrícula, desde que o período de seguro ou de residência corresponda a um período de emprego efectivo, e precisar a seguir a natureza da actividade assalariada ou não assalariada.
-

