



SEGURANÇA SOCIAL

REQUERIMENTO CARTÃO EUROPEU DE SEGURO DE DOENÇA (CESD)

Antes de preencher leia as INFORMAÇÕES

1 IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (preencher sempre, ainda que o pedido se refira a familiar(es))

Nome completo

Data de nascimento Nacionalidade

ano mês dia

N.º de Identificação de Segurança Social do beneficiário

Morada

Localidade

Código postal -

Período de autorização de permanência/residência em Portugal ⁽¹⁾ de a

ano mês dia ano mês dia

Telemóvel / Telefone E-mail

⁽¹⁾ Preencher apenas no caso de cidadão estrangeiro.

2 TITULARIDADE DO CESD

Indique a favor de quem é solicitado o cartão, assinalando uma ou ambas as quadrículas: Beneficiário Familiar(es) ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Preencher também o **quadro 4**.

3 SISTEMA OU SUBSISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL QUE ABRANGE O BENEFICIÁRIO

3.1 Assinale a sua situação, **na presente data**, perante o sistema ou subsistema de proteção social:

Beneficiário ativo? Sim Não Pensionista/Aposentado? Sim Não

3.2 Se em **3.1** assinalou "SIM" em alguma das situações assinale, também, o respetivo sistema ou subsistema de proteção social:

- Sistema de Segurança Social português
- Sistema de proteção social de outro Estado-Membro da União Europeia, da Islândia, da Listenstaina, da Noruega, Reino Unido e da Suíça, coordenável pelos Regulamentos (CEE) de segurança social, inscritos no sistema de Segurança Social português.
- Subsistema de proteção social de:
- ADSE SAD-PSP SAD-GNR IASFA/ADM

N.º de identificação

3.3 Se em **3.1** assinalou "NÃO" assinale também o serviço de saúde que o abrange e indique o respetivo número de identificação de utente:

- Serviço Nacional de Saúde
- Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma dos Açores Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E.

N.º de identificação de utente
(conforme consta do Cartão de Utente ou no verso do Cartão de Cidadão)

As falsas declarações são punidas nos termos da lei

4**IDENTIFICAÇÃO DO(S) FAMILIAR(ES) A CARGO DO BENEFICIÁRIO PARA QUEM É SOLICITADO O CESD**

(Indicar apenas os familiares que dependem do mesmo sistema ou subsistema de proteção social do beneficiário. Caso haja membro(s) do agregado familiar que dependam de outros sistemas ou subsistemas diferentes do indicado pelo beneficiário, deve preencher-se outro requerimento)

Nome completo do familiar

Data de nascimento ano mês dia Nacionalidade

Grau de parentesco com o beneficiário

N.º de Identificação no sistema ou no subsistema de proteção social

Período de autorização de permanência/residência em Portugal ⁽¹⁾ de ano mês dia a ano mês dia

Nome completo do familiar

Data de nascimento ano mês dia Nacionalidade

Grau de parentesco com o beneficiário

N.º de Identificação no sistema ou no subsistema de proteção social

Período de autorização de permanência/residência em Portugal ⁽¹⁾ de ano mês dia a ano mês dia

Nome completo do familiar

Data de nascimento ano mês dia Nacionalidade

Grau de parentesco com o beneficiário

N.º de Identificação no sistema ou no subsistema de proteção social

Período de autorização de permanência/residência em Portugal ⁽¹⁾ de ano mês dia a ano mês dia

Nome completo do familiar

Data de nascimento ano mês dia Nacionalidade

Grau de parentesco com o beneficiário

N.º de Identificação no sistema ou no subsistema de proteção social

Período de autorização de permanência/residência em Portugal ⁽¹⁾ de ano mês dia a ano mês dia

⁽¹⁾ Preencher apenas no caso de cidadão estrangeiro.

5 DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

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 no **quadro 4**.
- 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.

Em virtude de me encontrar em situação de desemprego declaro, ainda, que:

- Vou deslocar-me ao estrangeiro à procura de emprego e cumpro as formalidades junto do Centro Distrital do Instituto da Segurança Social, I.P.
- Comuniquei a deslocação, por motivo de férias, ao Centro de Emprego, uma vez que me encontro a receber Subsídio de Desemprego

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

ano mês dia

Assinatura do beneficiário ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido

6 INFORMAÇÕES

O Cartão Europeu de Seguro de Doença (CESD):

- É nominativo e individual, pelo que cada beneficiário, titular e familiar, que se desloque ao estrangeiro, deverá possuir o seu.
- É solicitado pelo beneficiário (ativo ou pensionista) e/ou pelo(s) familiar(es).
- Assegura a prestação de cuidados de saúde sempre que beneficiários de um sistema de Segurança Social coordenável de um dos Estados-Membros da União Europeia ⁽¹⁾, Islândia, Listenstaina, Noruega, Reino Unido e Suíça, se deslocam temporariamente neste espaço.

O requerente deve pagar as taxas e/ou participações ⁽²⁾ que lhe forem cobradas nos Estados-Membros onde lhe forem prestados cuidados de saúde, no âmbito dos respetivos serviços oficiais de saúde ou serviços de saúde convenionados.

Caso se trate de um Estado-Membro cuja legislação preveja o pagamento integral dos cuidados de saúde e dos medicamentos obtidos na farmácia e posterior reembolso deve o respetivo reembolso ser solicitado, **sempre que possível**, no Estado-Membro em causa, mediante apresentação do CESD e indicação da referência bancária (número IBAN e código SWIFT) para onde possa ser transferido para Portugal o valor a receber, no caso de sair desse Estado-Membro antes de obter o reembolso.

É o caso da Suíça, por exemplo, onde é, muitas vezes, exigido o pagamento integral, porque os prestadores de cuidados de saúde são todos privados.

Se não for possível pedir o reembolso naquele Estado-Membro, deverá apresentar as faturas no Centro de Saúde que o abrange em Portugal para que lhe possa ser concedido o reembolso por parte da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Para o efeito, o Centro de Saúde articular-se-á com a instituição do referido Estado com vista à indicação do montante a reembolsar.

Em caso de perda ou roubo do Cartão Europeu de Seguro de Doença, deve avisar, imediatamente, a entidade que o emitiu e seguir as indicações que lhe forem transmitidas.

⁽¹⁾ Os Estados Membros da União Europeia são: Alemanha, Áustria, Bélgica, Bulgária, Chipre, Croácia, Dinamarca, Eslovénia, Espanha, Estónia, Finlândia, França, Grécia, Hungria, Irlanda, Itália, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Países Baixos, Polónia, Portugal, República Checa, República Eslovaca, Roménia e Suécia.

⁽²⁾ De igual valor ao que seria aplicado ao segurado do Estado-Membro onde se encontra temporariamente, podendo ser exigido o copagamento ou o pagamento integral dos cuidados de saúde concedidos.

Os dados pessoais apresentados serão objeto de tratamento pelos serviços da Segurança Social (Instituto da Segurança Social, I.P., Instituto da Segurança Social dos Açores, I.P.R.A. e Instituto da Segurança Social da Madeira, I.P.RAM) para os fins a que se destinam e serão conservados pelo prazo necessário à concretização desses fins.

Os serviços da Segurança Social comprometem-se a proteger os seus dados pessoais e a cumprir as suas obrigações no âmbito da proteção de dados.

Para mais informações sobre a proteção de dados consulte o portal da Segurança Social em www.seg-social.pt.

VALIDAÇÃO DA ASSINATURA (a preencher pelos serviços da Segurança Social)

Confirmo que a assinatura do: **beneficiário** ou **rogado** está em conformidade com o seguinte documento de identificação:

Cartão de Cidadão Bilhete de Identidade Passaporte Outro _____

Número _____ Validade _____
ano mês dia

Assinatura e carimbo da Segurança Social