

**ACORDO SOBRE SEGURANÇA SOCIAL OU SEGURIDADE SOCIAL  
ENTRE A REPÚBLICA PORTUGUESA E A REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

Acordo: n.º 4 do artigo 7.º  
Ajuste Administrativo: n.º 2 do artigo 8.º

**NOTIFICAÇÃO DO TERMO DO DIREITO À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE NO CASO DE:**

- Estada e residência no estado não competente  
 Transferência de residência para o estado não competente

**PARTE A - NOTIFICAÇÃO**

<b>1</b>	<b>Utente SNS</b>
1.1	Apelido(s) / Sobrenome(s) <sup>(1)</sup> .....
1.2	Nome(s) próprio(s) <sup>(1)</sup> .....
1.3	Data e local de nascimento ____/____/____ - .....
1.4	Em Portugal: <input type="checkbox"/> N.º de Identificação de Segurança Social (NISS) .....
	<input type="checkbox"/> N.º de Subscritor da CGA .....
	<input type="checkbox"/> N.º de utente do Serviço Nacional de Saúde .....
	<input type="checkbox"/> N.º de beneficiário da ADSE .....
1.5	No Brasil: <input type="checkbox"/> N.º da carteira de identidade/órgão emissor/UF .....
	<input type="checkbox"/> N.º de Cadastro de Pessoa Física (CPF) .....
	<input type="checkbox"/> N.º de Cartão Nacional de Saúde .....
1.6	Endereço no Estado competente <sup>(2)</sup> .....
	Telefone .....
	Endereço eletrónico <sup>(3)</sup> .....
1.7	Endereço no Estado de residência ou de estada <sup>(2)</sup> .....
	Telefone .....
	Endereço eletrónico <sup>(3)</sup> .....

<b>2</b>	<b>Membro da família</b>			
Apelido(s) / Sobrenome(s) <sup>(1)</sup>	Nome(s) próprio(s) <sup>(1)</sup>	Data de nascimento	Parentesco	Endereço eletrónico <sup>(3)</sup>
.....	.....	____/____/____	.....	.....
.....	.....	____/____/____	.....	.....
.....	.....	____/____/____	.....	.....
.....	.....	____/____/____	.....	.....
.....	.....	____/____/____	.....	.....
Endereço habitual <sup>(2) (4)</sup> .....				
Telefone de contacto .....				

3

O direito a prestações de cuidados de saúde certificado pelo formulário **PT/BR 13**, datado de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ foi suspenso ou suprimido, a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ pelo motivo seguinte: .....

**4 Entidade competente**

4.1 Designação .....

4.2 Endereço<sup>(1)</sup> .....

4.3 Telefone .....

4.4 Correio eletrónico<sup>(3)</sup> .....

4.5 Carimbo .....

4.6 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4.7 Assinatura .....

**PARTE B – AVISO DE RECEÇÃO**

5

Recebemos a notificação identificada na **parte A** do presente formulário em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

6

Confirmamos a suspensão ou supressão do direito a prestações de cuidados de saúde referida no **ponto 3**, com efeitos a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**7 Entidade competente do lugar de estada ou de residência**

7.1 Designação .....

7.2 Endereço<sup>(1)</sup> .....

7.3 Telefone .....

7.4 Correio eletrónico<sup>(3)</sup> .....

7.5 Carimbo .....

7.6 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

7.7 Assinatura .....

**INSTRUÇÕES**

A entidade competente preenche a **parte A** do formulário e remete 2 exemplares à entidade competente do lugar de estada ou de residência, que devolve um exemplar, depois de preenchido na **parte B**, àquela entidade.

**NOTAS**

- (1) Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelidos) conforme constam no Cartão de Cidadão ou no Bilhete de Identidade.  
Para os nacionais brasileiros, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelidos) conforme constam na Cédula de Identidade.
- (2) Rua, número, código postal, localidade, estado (no caso do Brasil), país.
- (3) Campo não obrigatório.
- (4) Indicar somente se o endereço for diferente do mencionado no **quadro 1**.