

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

Acordo: n.º 2 do artigo 8.º
Ajuste Administrativo: artigos 10.º e 16.º

REQUERIMENTO DE PRESTAÇÕES PECUNIÁRIAS POR INCAPACIDADE PARA O TRABALHO

1	Entidade competente
1.1	Designação
1.2	Endereço ⁽¹⁾

2	Trabalhador
2.1	Apelido(s) / Sobrenome(s) ⁽²⁾
2.2	Nome(s) próprio(s) ⁽²⁾
2.3	Data e local de nascimento ____/____/____
2.4	Em Portugal: <input type="checkbox"/> N.º de Identificação de Segurança Social (NISS)
	<input type="checkbox"/> N.º de Subscritor da CGA
2.5	No Brasil: <input type="checkbox"/> N.º de Identificação do Trabalhador (NIT) ⁽³⁾
	<input type="checkbox"/> N.º de Matrícula de Servidor Público
2.6	Categoria do trabalhador ⁽⁴⁾
2.7	Endereço no Estado competente ⁽¹⁾
2.8	Endereço no Estado de residência ou de estada ⁽¹⁾
2.9	Identificação bancária:
	Para recebimento no Brasil
	N.º do Banco
	N.º da Agência
	N.º da Conta-corrente
	Código Swift
	Para recebimento em Portugal
	N.º de IBAN
	N.º de código do Swift - BIC

3	Última entidade empregadora
3.1	Designação / Razão Social
3.2	Endereço ⁽¹⁾

4⁽⁵⁾ Natureza e início da incapacidade para o trabalho

4.1 A pessoa mencionada no **quadro 1** solicitou em ___/___/___ a concessão de prestações pecuniárias por⁽⁶⁾:

doença maternidade, data presumível do parto ___/___/___ paternidade adoção

acidente acidente de trabalho doença profissional ocorrido(a) em ___/___/___

outra situação _____

4.2 A incapacidade para o trabalho teve início em ___/___/___ e durará provavelmente até ___/___/___, conforme parecer do médico assistente, cujo relatório se anexa.

5⁽⁵⁾ Prolongamento da incapacidade para o trabalho

A incapacidade de trabalho da pessoa mencionada no **quadro 1**, comunicada através do formulário PT/BR – 5, datado de ___/___/___, prolongar-se-á provavelmente até ___/___/___, conforme parecer do médico assistente, cujo relatório se anexa.

6 Entidade competente do lugar de residência ou de estada

6.1 Designação _____

6.2 Endereço⁽¹⁾ _____

6.3 Carimbo _____

6.4 Data ___/___/___

6.5 Assinatura _____

INSTRUÇÕES

Este formulário deve ser emitido pela entidade competente do lugar de estada ou de residência do trabalhador e enviado à entidade competente do outro Estado, acompanhado de relatório médico, que deverá conter todas as informações clínicas necessárias para o reconhecimento do direito, nomeadamente o diagnóstico, o início e a duração previsível da incapacidade para o trabalho.

NOTAS

- (1) Rua, número, código postal, localidade, estado (no caso do Brasil), país.
- (2) 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.
- (3) Para identificação do trabalhador também poderá ser informado o número do Programa de Integração Social (PIS) ou Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP).
- (4) Categoria do trabalhador requerente em caso de aplicação da legislação brasileira: empregado, trabalhador avulso, empregado doméstico, contribuinte facultativo, contribuinte individual, desempregado, em gozo de benefício ou outra vinculação à previdência social (juntar declaração).
- (5) Preencher o **quadro 4 ou 5**, conforme o caso.
- (6) Assinalar com X a quadrícula correspondente.