



Ministério da Saúde

REQUERIMENTO DE DOCUMENTO PORTÁTIL S2 E DO FORMULÁRIO E112.

Nos termos dos Regulamentos Comunitários aplicáveis, solicito a emissão do **DOCUMENTO PORTÁTIL S2 OU DO FORMULÁRIO E112**, de acordo com os elementos por mim indicados nos respectivos campos, bem como do relatório médico emitido pelo meu médico assistente.

DOCUMENTO PORTÁTIL S2¹:

FORMULÁRIO E112²:

(Marcar com uma cruz o documento que pretende solicitar)

I. Identificação:

Para o titular: Para o familiar:

Número do Cartão de Cidadão: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Data da Validade: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Número do Bilhete de Identidade: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Data de emissão: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Arquivo de identificação: _____

Número de Utente do Serviço Nacional de Saúde: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Número de Beneficiário de Segurança Social: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nº de Identificação Fiscal*: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(*preenchimento facultativo)

Nº de Cartão Europeu de Seguro de Doença*: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|/Validade: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(*preenchimento facultativo)

Apelido: _____

¹ O Documento Portátil S2 apenas é válido para entidades prestadoras de cuidados de saúde, nos Estados-Membros da União Europeia: Alemanha, Áustria, Bélgica, Bulgária, Chipre, Dinamarca, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Estónia, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Hungria, Irlanda, Itália, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Polónia, República Checa, Reino Unido, Roménia e Suécia.

² O Formulário E112 apenas é válido para entidades prestadoras de cuidados de saúde, no Espaço Económico Europeu (Noruega, Islândia e Liechtenstein) e Suíça.

Nomes Próprios: _____

Data de nascimento: |_|_|/|_|_|/|_|_|||_|_|

Endereço actual do titular/ familiar: _____

Código Postal: |_|_|_|_|/ |_|_|_| – **Localidade:** _____

Nº de Telefone: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Telemóvel: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Endereço electrónico: _____

II. Localização e Duração do tratamento:

Localização do tratamento:

Nome da entidade prestadora dos cuidados de saúde no estrangeiro: _____

Cidade: _____

Estado-Membro: _____

Duração previsível do período de tratamento no estrangeiro:

Data de início: ____ - ____ - ____

Data de termo: ____ - ____ - ____

Com hospitalização: **Sem hospitalização:**

Data ____ - ____ - ____

O Requerente, _____

NB: Por cada requerimento de Documento Portátil S2 ou Formulário E112, deverá o utente do Serviço Nacional de Saúde apresentar relatório médico emitido pelo médico assistente, com expressa indicação do diagnóstico da doença (confirmado ou provável), comprovando a impossibilidade da realização do tratamento em Portugal, num prazo clinicamente seguro. O relatório clínico deve ser junto ao presente pedido de emissão do Documento Portátil S2 ou Formulário E112

III. Validação pela unidade prestadora de cuidados de saúde que recepcionou o requerimento:

Identificação do Serviço: _____

Data da Recepção: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Assinatura do Funcionário: _____