PT / BR 13

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

Acordo: n.ºs 1, 2, 3 e 4 do artigo 7.º
Ajuste Administrativo: artigos 8.º e 16.º

PORTUGAL

CERTIFICADO DE DIREITO À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE:
[X] Estada e residência no estado não competente

1. Utente SNS

1.1. Motivo da Viagem: TRABALHO COM PRETENSÃO DE MORADIA DEFINITIVA

1.2. Nome e sobrenome: CARLOS MICHEL OLIVEIRA MIRANDA

1.3. N.º do passaporte: GF995704

1.4. Data e local de nascimento: 01/10/1987 - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS/SP

1.5. No Brasil: [X] Nº da Carteira de Identidade: 430096240
[X] Nº de Cadastro de Pessoa Física (CPF): 363.971.948-41

Telefone: (12) 98190-7230 /

Endereço eletrônico: CMOSJC87@GMAIL.COM

1.6 - Endereço em (PORTUGAL):

Rua: RUA 25 ABRIL, Número: 12 Complemento: NA

Município: PALMEIRA Distrito: BRAGA País: PORTUGAL

2. Membro(s) da família

Nome e sobrenome	Grau de Parentesco	N.º do passaporte
FRANCINE RISSI SILVA OLIVEIRA	Cônjuge	GI915029
CAUÃ RISSI OLIVEIRA	Filho	GI915030

3.

A(s) pessoa(s) identificada(s) no [X] quadro 1 [X] quadro 2 tem (têm) direito à prestação de cuidados de saúde pelo período de 07/10/2024 a 07/10/2029 ou até a anulação do presente certificado.

4. Entidade Competente

4.1. Designação: Ministério da Saúde

4.2. Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G - CEP: 70.058-900

4.2. Telefone: +55 61 3315-2840

4.4. Carimbo:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CNPJ: 00.394.544/0001-85

4.5. Data: 07/10/2024

4.6. QRCode de autenticação eletrônica:

CERTIFICADO Nº 000304.2022057/2024

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

Acordo: n.ºs 1, 2, 3 e 4 do artigo 7.º
Ajuste Administrativo: artigos 8.º e 16.º

PORTUGAL

CERTIFICADO DE DIREITO À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE:
[X] Estada e residência no estado não competente

FORMULÁRIO DE DEPENDENTES

1. Dependente

1.1 - Nome completo conforme o Passaporte: FRANCINE RISSI SILVA OLIVEIRA

1.2 - Grau de Parentesco: Cônjuge

1.3 - Nº do Passaporte: GI915029 1.4 - No Brasil 1.5 - Validade: 28/02/2034

1.6 - E-mail: CMOSJC87@GMAIL.COM

1.7 - Endereço em (PORTUGAL):

Rua: RUA 25 ABRIL, Número: 12 Complemento: NA

Município: PALMEIRA Distrito: BRAGA

2. Validade do Certificado

A pessoa identificada no quadro acima tem direito à prestação de cuidados de saúde pelo período de 07/10/2024 a 07/10/2029 ou até a anulação do presente certificado.

3. Entidade Competente

3.1. Designação: Ministério da Saúde

3.2. Endereço: Esplanada dos Ministérios, Anexo do Bloco G, térreo - sala E - CEP: 70.058-900

3.2. Contato: cdam.df@saude.gov.br

3.4. Carimbo:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CNPJ: 00.394.544/0001-85

3.5. Data:07/10/2024

3.6. QRCode de autenticação eletrônica:

CERTIFICADO Nº 000304.2022057/2024

PT / BR 13

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

Acordo: n.ºs 1, 2, 3 e 4 do artigo 7.º
Ajuste Administrativo: artigos 8.º e 16.º

PORTUGAL

CERTIFICADO DE DIREITO À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE:
[X] Estada e residência no estado não competente

FORMULÁRIO DE DEPENDENTES

1. Dependente

1.1 - Nome completo conforme o Passaporte: CAUÃ RISSI OLIVEIRA

1.2 - Grau de Parentesco: Filho

1.3 - Nº do Passaporte: GI915030 1.4 - No Brasil 1.5 - Validade: 28/02/2029

1.6 - E-mail: CMOSJC87@GMAIL.COM

1.7 - Endereço em (PORTUGAL):

Rua: RUA 25 ABRIL, Número: 12 Complemento: NA

Município: PALMEIRA Distrito: BRAGA

2. Validade do Certificado

A pessoa identificada no quadro acima tem direito à prestação de cuidados de saúde pelo período de 07/10/2024 a 07/10/2029 ou até a anulação do presente certificado.

3. Entidade Competente

3.1. Designação: Ministério da Saúde

3.2. Endereço: Esplanada dos Ministérios, Anexo do Bloco G, térreo - sala E - CEP: 70.058-900

3.2. Contato: cdam.df@saude.gov.br

3.4. Carimbo:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CNPJ: 00.394.544/0001-85

3.5. Data:07/10/2024

3.6. QRCode de autenticação eletrônica:

CERTIFICADO Nº 000304.2022057/2024