

PROTOCOLO ADICIONAL AO ACORDO DE MIGRAÇÃO ITÁLIA-BRASIL
CERTIFICADO DE DIREITO À ASSISTÊNCIA MÉDICA

Artigo 6, Item 1 (Prot. Ad.)
Arts. 20-22 (normas de aplicação)

PROTOCOLLO AGGIUNTIVO ALL'ACCORDO DI EMIGRAZIONE ITALIA-BRASILE
CERTIFICATO DI DIRITTO ALL'ASSISTENZA MEDICA

Articolo 6, Cpv. 1 (Prot. Agg.)
Artt. 20-22 (norme di applicazione)

(1) ELEMENTOS RELATIVOS AO TRABALHADOR/APOSENTADO
INDICAÇÕES RIGUARDANTES IL LAVORATORE/PENSIONATO

Sobrenome e nome Cognome e nome	Nº do registro/Nº di iscrizione Prazo de validade / Período di validità Nº Doc. Identidade/Nº Doc. Identità (1)	
Localidade e data do nascimento/Luogo e data di nascita	Estado Civil/ Stato Civile	Nacionalidade/Nazionalità
Endereço / Indirizzo :		
(Localidade/Città)	(rua/via)	(número/numero)

ELEMENTOS RELATIVOS AOS DEPENDENTES
INDICAÇÕES RIGUARDANTES I FAMILIARI

Nome Nome	Grado de Parentesco Grado di Parentela	Data do Nascimento Data di Nascita	Prazo de Validade Período di Validità
.....
.....
.....

Certifica-se que o trabalhador/aposentado acima e seus dependentes fazem jus à prestação de Assistência Médica :
 Si certifica che il lavoratore/pensionato succitato ed i suoi familiari hanno diritto alle prestazioni sanitarie :

a) Por un período máximo de dias e para as doenças sobrevindas no período de validade acima indicado ;
 Per un periodo massimo di giorni e per le malattie insorte nel periodo di validità sopraindicato ;

b) De até quando não for recebida notificação de anulação .
 Dal fino a quando non sarà ricevuta notifica di annullamento.

Data

(Assinatura e Carimbo do Órgão)
(Firma e Timbro dell'Organismo competente)

(1) Caso o inscrito principal tenha falecido, o formulário deve ser colocado no nome do familiar que tenha direito. Qualora l'iscritto principale sia deceduto il modulo va intestato al familiare avente diritto.

(2) Se existir/Se esiste