

CONVENIO GENERAL SOBRE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ESPAÑA Y BRASIL
ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE ESPANHA E BRASIL

CERTIFICADO DE DESPLAZAMIENTO
CERTIFICADO DE DESLOCAMENTO

Artículo 3º, párrafo 1, apartado a) del Convenio y
Artículo 2, del Acuerdo Administrativo

(A EXPEDIR POR EL ORGANISMO COMPETENTE, ANTES DE LA PARTIDA DEL TRABAJADOR)
(A ENVIAR PELO ORGANISMO COMPETENTE, ANTES DA PARTIDA DO TRABALHADOR)

ORGANISMOS EN LOS QUE EL TRABAJADOR ESTÁ AFILIADO:
ORGANISMOS EM QUE O TRABALHADOR ESTÁ INSCRITO:

PARA PRESTACIONES DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD:
PARA PRESTAÇÕES DE DOENÇA-MATERNIDADE:

DENOMINACIÓN:
DENOMINAÇÃO:

DIRECCIÓN:
ENDEREÇO:

PARA PRESTACIONES DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES:
PARA PRESTAÇÕES DE ACIDENTES DE TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS:

DENOMINACIÓN:
DENOMINAÇÃO:

DIRECCIÓN:
ENDEREÇO:

DATOS RELATIVOS EL TRABAJADOR
ELEMENTOS RELATIVOS AO TRABALHADOR:

APELLIDOS: SOBRENOME: 	NOMBRE: NOME: 	NÚM. DE AFILIACIÓN: NÚM. DE INSCRIÇÃO
NOMBRE DE LOS PADRES: NOME DOS PAIS: Y E		FECHA DE NACIMIENTO DATA DE NASCIMENTO / /
DIRECCIÓN EN ESPAÑA ENDEREÇO NA ESPANHA <div style="display: flex; justify-content: space-between;">LOCALIDADCALLE/PLAZA(NÚMERO)</div>		
DIRECCIÓN EN BRASIL ENDEREÇO NO BRASIL <div style="display: flex; justify-content: space-between;">LOCALIDADERUA-AVENIDA(NÚMERO)</div>		

DATOS RELATIVOS A LOS FAMILIARES
ELEMENTOS RELATIVOS AOS DEPENDENTES

APELLIDOS: SOBRENOMES:	NOMBRES NOMES	FECHA DE NACIMIENTO DATA DE NASCIMENTO	PARENTESCO PARENTESCO
.....		____/____/____	
.....		____/____/____	

DATOS RELATIVOS A LA EMPRESA
ELEMENTOS RELATIVOS A EMPRESA

NOMBRE E RAZÓN SOCIAL NOME OU RAZÃO SOCIAL	NÚM. DE INSCRIPCIÓN NÚM. DE CONTRIBUINTE
.....	
DOMICILIO: ENDEREÇO:	
.....	
LOCALIDAD LOCALIDADE	CALLE O PLAZA RUA
	NÚMERO NÚMERO

SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ANTERIORMENTE CITADO HA SIDO DESTACADO POR SU EMPRESA:
 CERTIFICA-SE QUE O TRABALHADOR ANTERIORMENTE CITADO FOI DESTACADO PELA SUA EMPRESA:

POR UN PERÍODO COMPRENDIDO DESDE.....HASTA.....
 POR UM PERÍODO COMPREENDIDO DE A

EN EL ESTABLECIMIENTO DENOMINADO:
 JUNTO DO ESTABELECIMENTO DENOMINADO:

.....

CON DOMICILIO EN
 COM ENDEREÇO EM

.....
PROVINCIA	LOCALIDAD	CALLE/PLAZA	NÚMERO
ESTADO	LOCALIDADE	RUA NÚMERO	

EN APLICACIÓN DE LAS DISPOSICIONES ARRIBA CITADAS, EL TRABAJADOR PERMANECE SOMETIDO A LA LEGISLACIÓN DEL PAÍS DE TRABAJO HABITUAL U TIENE DERECHO DURANTE SU DESPALZAMIENTO A PRESTACIONES EN ESPECIE, EN CASO NECESARIO PARA EL Y PARA LOS FAMILIARES QUE LO ACOMPAÑEN.

EM APLICAÇÃO DAS DISPOSIÇÕES ACIMA CITADAS, O TRABALHADOR CONTINUA SUJEITO À LEGISLAÇÃO DO PAÍS DE TRABALHO HABITUAL E TEM DIREITO DURANTE A SUA DESLOCAÇÃO AS PRESTAÇÕES EM ESPÉCIE, EM CASO DE NECESSIDADE, PARA SI E PARA OS FAMILIARES QUE O ACOMPANHEM.

EN.....A.....DE.....DE 19.....
 EM.....A.....DE.....DE 19.....

EL.....
 O.....

SELLO DEL ORGANISMO
 CARIMBO OU SELLO BRANCO DE ORGANISMO

FIRMA E RUBRICA
 ASSINATURA

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ESPAÑA Y BRASIL
ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE ESPANHA E BRASIL

EB - 1

CERTIFICACION RELATIVA A LA LEGISLACION APLICABLE
CERTIFICADO RELATIVO A LEGISLAÇÃO APLICAVEL

ARTICULO 7 DEL CONVENIO / ARTIGO 7 DO CONVÊNIO

☐ TRABAJADOR ASALARIADO / TRABALHADOR ASSALARIADO ☐ TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA /
TRABALHADOR AUTÔNOMO

1

1.1 APELLIDO(S)/SOBRENOME(2):

1.2 NOMBRE/NOME APELLIDOS(S) DE SOLTERA/SOBRENOME DE SOLTEIRA(S)

1.3 FECHA DE NACIMIENTO/DATA DE NASCIMENTO NACIONALIDAD/NACIONALIDADE D.N.I (3)

1.4 DIRECCIÓN HABITUAL/ENDEREÇO HABITUAL(4):

1.5 NÚMERO DE AFILIACIÓN/NÚMERO DE FILIAÇÃO (6):

2 EL TRABAJADOR ANTERIORMENTE INDICADO ESTÁ DESPLAZADO O EJERCERÁ UNA ACTIVIDAD POR CUENTA PROPIA
DESDE:

O TRABALHADOR ANTERIORMENTE INDICADO ESTÁ DESLOCADO OU EXERCERÁ UMA ATIVIDADE POR CONTA PRÓPRIA
DESDE:

☐ EN EL SIGUIENTE ESTABLECIMIENTO/NO SEGUINTE ESTABELECIMENTO ☐ EN EL SIGUIENTE BUQUE / NO
SEGUINTE LOCAL/PONTO

2.1 NOMBRE RAZÓN SOCIAL/NOME OU RAZÃO SOCIAL:

2.2 DIRECCIÓN / ENDEREÇO(4):

3 ☐ DATOS DE LA EMPRESA DE ENVIO
DADOS DA EMPRESA DE ENVIO

☐ DATOS DE LA ACTIVIDAD POR CUENTA PROPIA
DADOS DA ATIVIDADE DE AUTÔNOMO

3.1 NOMBRE O RAZÓN SOCIAL/NOME OU RAZÃO SOCIAL:

3.2 DIRECCIÓN/ENDEREÇO(4):

3.3 SELLO/CARIMBO

3.4 FECHA/DATA:

3.5 FIRMA/ASSINATURA:

4 EL TRABAJADOR SE QUEDA SOMETIDO A LA LEGISLACIÓN DE/O TRABALHADOR FICA SUBMETIDO À LEGISLAÇÃO DE:
☐ (1) EN VIRTUD DEL ARTÍCULO / EM VIRTUDE DO ARTIGO:

4.1 ☐ 7.1 ☐ 7.2 ☐ 7.3 ☐ 7.4 ☐ 7.8 DEL CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL/DO CONVÊNIO DE
SEGURIDADE SOCIAL

4.2 DESDE EL/DESDE O.....AL/A.....(5)

4.3 DURANTE TODA LA ACTIVIDAD/DURANTE TODA A ATIVIDADE

5 INSTITUCION DESIGNADA DE LA PARTE CONTRATANTE CUYA LEGISLACION ESTA SOMETIDO EL TRABAJADOR
INSTITUIÇÃO DESIGNADA DA PARTE CONTRATANTE CUJA LEGISLAÇÃO ESTÁ SUJEITO O TRABALHADOR
(A CUMPLIMENTAR POR LA INSTITUCIÓN COMPETENTE / A SER PREENCHIDO PELA INSTITUIÇÃO COMPETENTE)

5.1 DENOMINACIÓN/DENOMINAÇÃO:

5.2 DIRECCIÓN/ENDEREÇO(4):

5.3 SELLO/CARIMBO

5.4 FECHA/DATA:

5.5 FIRMA/ASSINATURA:

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ESPAÑA Y BRASIL ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE ESPANHA E BRASIL

INSTRUCCIONES / INSTRUÇÕES

EL FORMULARIO DEBERÁ CUMPLIMENTARSE EN DUPLICADO EJEMPLAR CON CARACTERES DE IMPRENTA, UTILIZANDO ÚNICAMENTE LAS LÍNEAS DE PUNTOS. / O FORMULÁRIO DEVERÁ SER PREENCHIDO EM DOIS EXEMPLARES COM LETRA DE IMPRENSA, UTILIZANDO SOMENTE AS LINHAS PONTILHADAS.

LA INSTITUCIÓN DESIGNADA DE LA PARTE CONTRATANTE A CUYA LEGISLACIÓN ESTÉ SOMETIDO EL TRABAJADOR CUMPLIMENTARÁ EL FORMULARIO, A PETICIÓN DEL TRABAJADOR O DE SU EMPRESARIO, Y LO REMITIRÁ AL SOLICITANTE. / A INSTITUIÇÃO DESIGNADA DA PARTE CONTRATANTE A CUJA LEGISLAÇÃO ESTÁ SUJEITO O TRABALHADOR PREENCHERÁ O FORMULÁRIO A PEDIDO DO TRABALHADOR OU DE SEU EMPRESÁRIO E O REMETERÁ AO SOLICITANTE.

INDICACIONES PARA EL TRABAJADOR / INSTRUÇÕES PARA O TRABALHADOR:

ANTES DE SU PARTIDA PARA IR A TRABAJAR A LA OTRA PARTE CONTRACTANTE, HÁGASE EXTENDER UN FORMULARIO E/B-5 POR LA INSTITUCIÓN DEL SEGURO DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD. / ANTES DA PARTIDA DO TRABALHADOR PARA TRABALHAR PARA A PARTE CONTRATANTE, SUGERE-SE PREENCHER UM FORMULÁRIO E/B-5 PELA INSTITUIÇÃO DO SEGURO DE ENFERMIDADE E MATERNIDADE.

SI USTED O UN MIEMBRO DE SU FAMILIA NECESITE PRESTACIONES EN ESPECIE (POR EJEMPLO ASISTENCIA MÉDICA, MEDICAMENTOS, HOSPITALIZACIÓN, ETC.) EN EL PAÍS DONDE ESTÁ TRABAJANDO, DEBERÁ UD. PRESENTAR EL FORMULÁRIO E/B-5, ANTE LA INSTITUCIÓN DEL SEGURO DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD DEL LUGAR DONDE TRABAJA. SI UD. NO POSEE DICHO FORMULARIO, LA INSTITUCIÓN DEL SEGURO DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD DE DONDE UD. TRABAJA DEBE SOLICITARLA A LA INSTITUCIÓN EN LA CUAL ESTÉ VD. ASEGURADO. / SE VOCE OU UM MEMBRO DA SUA FAMÍLIA NECESSITAREM PRESTAÇÕES EM ESPECIE (POR EXEMPLO MÉDICAMENTOS, HOSPITALIZAÇÃO, ETC.) NO PAÍS ONDE ESTÁ TRABALHANDO DEVERA VOCÊ APRESENTAR O FORMULÁRIO E/B-5 PERANTE A INSTITUIÇÃO DO SEGURO DE ENFERMIDADE E MATERNIDADE DO LOCAL DE TRABALHO.

AGOTADO EL PERÍODO INICIAL DE DESPLAZAMIENTO, LA SOLICITUD DE PRÓRROGA DEBE EFECTUARSE ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE DE LA PARTE DONDE SE HALLA ASEGURADO EL TRABAJADOR, CON TRES MESES DE ANTELACIÓN A LA FINALIZACIÓN DEL DICHO PLAZO. (SÓLO PARA TRABAJADORES ASALARIADOS). / ESGOTADO O PERÍODO INICIAL DO DESLOCAMENTO, A SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DEVE EFETUAR-SE PERANTE A AUTORIDADE COMPETENTE DA PARTE EM QUE ESTÁ ASSEGURADO O TRABALHADOR COM TRES MESES ANTES DA FINALIZAÇÃO DO DITO PRAZO. (SOMENTE PARA TRABALHADORES ASSALARIADOS).

INSTITUCION COMPETENTE EN ESPAÑA / INSTITUIÇÃO COMPETENTE NA ESPANHA

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE LA TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE LA PROVINCIA DONDE ESTÁ UBICADA LA EMPRESA. (SÓLO PARA DESPLAZAMIENTO INICIAL, ART. 7.1 DEL CONVENIO / (SOMENTE PARA DESLOCAMENTO INICIAL, ART. 7.1 DO CONVÊNIO).

TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL - SUBDIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS ECONÓMICOS - C/ ASTRO, 5 Y 7 28007 MADRID. (PARA LOS ARTICULOS 7.2, 7.3, 7.4 Y PARA LOS SUPUESTOS INDIVIDUALES DEL ART. 7.8 DEL CONVENIO). / (PARA OS ARTIGOS 7.2, 7.3, 7.4 E OS CASOS INDIVIDUAIS DO ARTIGO 7.8 DO CONVÊNIO).

INSTITUCION COMPETENTE EN BRASIL / INSTITUIÇÃO COMPETENTE NO BRASIL

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL - DIVISÃO DE ADMINISTRAÇÃO DE CONVÊNIOS E ACORDOS INTERNACIONAIS (INSS) - SAS Q.2 BLOCO "O" 5º ANDAR - BRASÍLIA/DF.

INDICACIONES PARA LA INSTITUCION DEL LUGAR DE (DIRECCIÓN) / INSTRUÇÕES PARA A INSTITUIÇÃO DO LUGAR DE RESIDÊNCIA

CUANDO EL INTERESADO NO ESTÉ EN POSESIÓN DE LA CERTIFICACIÓN CUMPLIMENTADA EN EL FORMULARIO E/B-5, LA INSTITUCIÓN DEL SEGURO DEL PAÍS DE ESTANCIA LE CONCEDERÁ IGUALMENTE, PROVISIONALMENTE, LAS PRESTACIONES EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO O DE ENFERMEDAD PROFESIONAL DIRIGIÉNDOSE A LA INSTITUCIÓN COMPETENTE PARA QUE, URGENTEMENTE, LE REMITA EL FORMULARIO. / QUANDO O INTERESSADO NÃO ESTÁ DE POSSE DO CERTIFICADO PREENCHIDO NO FORMULÁRIO E/B-5, A INSTITUIÇÃO DO SEGURO DO PAÍS DE RESIDENCIA LHE CONCEDERÁ PROVISORIAMENTE AS PRESTAÇÕES EM CASO DE ACIDENTES DE TRABALHO OU DE ENFERMIDADE PROFISSIONAL, DESIGNANDO-SE A INSTITUIÇÃO COMPETENTE PARA QUE, URGENTEMENTE LHE ENVIE O FORMULÁRIO.

NOTAS / NOTAS

- (1) SIGLA DEL PAÍS CUYA LEGISLACIÓN ESTÁ SOMETIDO EL TRABAJADOR; B=BRASIL; ESPAÑA. / SIGLA DO PAÍS CUJA LEGISLAÇÃO ESTÁ SUBMETIDO O TRABALHADOR; B=BRASIL; E=ESPANHA.
- (2) PARA LOS NACIONALES ESPAÑOLES INDICAR LOS APELLIDOS DE NACIMIENTO. / PARA OS NACIONAIS ESPANHÓIS INDICAR OS SOBRENOMES DE NASCIMENTO.
(2 BIS) SÓLO PARA TRABAJADORAS NO ESPAÑOLAS. / SOMENTE PARA TRABALHADORAS ESTRANGEIRAS.
- (3) PARA LOS NACIONALES ESPAÑOLES, INDICAR EL NÚMERO DEL DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (DNI), AUNQUE ESTÉ CADUCADO. PARA NACIONALES BRASILEÑOS INDICAR CPF O CI. / PARA OS NACIONAIS ESPANHÓIS, INDICAR O NÚMERO DO DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE (DNI), MESMO ESTANDO ESTE INVÁLIDO. PARA OS NACIONAIS BRASILEIROS INDICAR O CPF OU CIC.
- (4) INDICAR CALLE, NÚMERO, CÓDIGO POSTAL, LOCALIDAD, PAÍS. / INDICAR RUA, NÚMERO, CAIXA POSTAL, CIAD, PAÍS.
- (5) EL PERÍODO INICIAL DE DESPLAZAMIENTO NO PUEDE EXCEDER DE TRES AÑOS PARA LOS TRABAJADORES ASALARIADOS Y DE DOS PARA LOS TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA. / O PERÍODO INICIAL DO DESLOCAMENTO NÃO PODE EXCEDER-SE POR MAIS DE TRÊS ANOS PARA OS TRABALHADORES AUTÔNOMOS.
- (6) PARA TRABAJADORES BRASILEÑOS INDICAR EL CTPS O NIT, SEGÚN CORRESPONDA. / PARA TRABALHADORES BRASILEIROS INDICAR O CTPS OU NIT, SEGUNDO CORRESPONDA.

CONVENIO GENERAL SOBRE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ESPAÑA Y BRASIL
ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE ESPANHA E BRASIL

DATOS BASICOS SOBRE SOLICITUD DE PRESTACIONES POR VEJEZ, INVALIDEZ O SUPERVIVENCIA (1)
ELEMENTOS RELATIVOS A INSTRUÇÃO DE PEDIDO DE PRESTAÇÕES POR VELHICE INVALIDEZ OU MORTE (1)

APLICACIÓN DE LOS ART. 7º, 1 A 4, 8º, 9º Y 11º DEL CONVENIO GENERAL, APLICACIÓN DE LOS ART. 3º, 4º, Y 5º DEL ACUERDO ADMINISTRATIVO.

APLICAÇÃO DOS ARTIGOS 7º, 1 A 4, 8º, 9º E 11º DO ACORDO, APLICAÇÃO DOS ARTIGOS 3º, 4º, E 5º DO AJUSTE ADMINISTRATIVO.

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE: (2)
PEDIDO DE PRESTAÇÕES POR: (2)

FECHA DE LA SOLICITUD:
DATA DO PEDIDO:

1. DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO Y SU CONYUGE
DADOS PESSOAIS DO SEGURADO E DO CONJUGE

	DEL SOLICITANTE / DO REQUERENTE (3)	DEL CÓNYUGE / DO CONJUGE (4)
APELLIDOS SOBRENOMES		
NOMBRE NOME		
NÚMERO DE AFILIACIÓN NUMERO DE INSCRIÇÃO		
LUGAR DE NACIMIENTO LOCAL DE NASCIMENTO		
FECHA DE NACIMIENTO DATA DE NASCIMENTO		
NOMBRE DE LOS PADRES NOME DOS PAIS		
SEXO SEXO		
NACIONALIDAD ⁽⁵⁾ NACIONALIDADE ⁽⁵⁾		
ESTADO CIVIL ⁽⁶⁾ ESTADO CIVIL ⁽⁶⁾		
LUGAR DE MATRIMÔNIO LOCAL DO CASAMENTO		
FECHA DE MATRIMÔNIO DATA DO CASAMENTO		
FECHA DE FALLECIMIENTO DATA DE FALECIMENTO		
CAUSA DEL FALLECIMIENTO ⁽⁷⁾ CAUSA DO FALECIMENTO ⁽⁷⁾		
HA SIDO RECONOCIDO COMO INCAPACITADO POR UN MÉDICO? ⁽⁸⁾ FOI RECONHECIDO COMO INCAPACITADO POR UMA MEDICO? ⁽⁸⁾		
FECHA EN QUE HA DEJADO DE TRABAJAR DATA EM QUE DEIXOU DE TRABALHAR		
SITUACIÓN LABORAL EN LA FECHA CAUSANTE DE LA PRESTACIÓN SOLICITADA ⁽⁹⁾ SITUAÇÃO PROFISSIONAL DA DATA DO FATO DETERMINANTE DA PRESTAÇÃO SOLICITADA ⁽⁹⁾		
DOMICILIO COMPLETO ENDEREÇO COMPLETO		

4. RESUMEN DE LOS PERIODOS DE SEGURO O ASIMILADOS CUMPLIDOS EN ESPAÑA Y BRASIL
RESUMO DE PERÍODOS DE SEGURO OU EQUIVALENTES CUMPRIDOS NA ESPANHA E NO BRASIL

4.1 PERIODOS DE SEGURO O ASIMILADOS CUMPLIDOS EN ESPAÑA PERÍODOS DE SEGURO OU EQUIVALENTES CUMPRIDOS NA ESPANHA					
DESDE DESDE	HASTA ATÉ	Nº DE DIAS DE SEGURO Ó COTIZACIÓN Nº DE DIAS DE SEGURO OU CONTRIBUIÇÃO	Nº DE DIAS ASIMILADOS Nº DE DIAS EQUIVALENTES	Nº DE DIAS ASIMILADOS (ACUERDO ADMINISTRATIVO) Nº DE DIAS EQUIVALENTES (AJUSTE ADMINISTRATIVO)	TOTAL TOTAL

TOTAL DE DIAS DE SEGURO O ASIMILADOS CUMPLIDOS EN ESPAÑA
TOTAL DE DIAS DE SEGURO OU EQUIVALENTES CUMPRIDOS NA ESPANHA

4.2 IMPORTE MENSUAL DE LA PRESTACIÓN A QUE TIENE DERECHO EL INTERESADO INDEPENDIENTEMENTE DEL CONVENIO Y ÚNICAMENTE SOBRE LA BASE DE LOS PERÍODOS CUMPLIDOS EN VIRTUD DE LA LEGISLACIÓN ESPAÑOLA. VALOR MENSAL DA PRESTAÇÃO A QUE TEM DIREITO O INTERESADO INDEPENDIENTEMENTE DO ACORDO E ÚNICAMENTE COM BASE NOS PERÍODOS CUMPRIDOS EM VIRTUDE DA LEGISLAÇÃO ESPANHOLA.	A PARTIR DE	PESETAS
<p>SI NO TIENE DERECHO A PRESTACIÓN SOBRE LA BASE DE LOS PERÍODOS CUMPLIDOS EN VIRTUD DE LA LEGISLACIÓN ESPAÑOLA ÚNICAMENTE, INDICAR EL MOTIVO.</p> <p>SE NÃO TEM DIREITO A PRESTAÇÃO COM BASE NOS PERÍODOS CUMPRIDOS ÚNICAMENTE EM VIRTUDE DA LEGISLAÇÃO ESPANHOLA, INDICAR O MOTIVO.</p>		

LUGAR Y FECHA LOCAL E DATA	SELLO / CARIMBO
FIRMA ASSINATURA	

5. RESUMEN DE LOS PERIODOS DE SEGURO O ASIMILADOS CUMPLIDOS EN ESPAÑA Y BRASIL
RESUMO DE PERÍODOS DE SEGURO OU EQUIVALENTES CUMPRIDOS NA ESPANHA E NO BRASIL

5.1 PERIODOS DE SEGURO O ASIMILIADOS CUMPLIDOS EN BRASIL PERÍODOS DE SEGURO OU EQUIVALENTES CUMPRIDOS NO BRASIL					
DESDE DESDE	HASTA HASTA	Nº DE DIAS DE SEGURO Ó COTIZACIÓN Nº DE DIAS DE SEGURO OU CONTRIBUIÇÃO	Nº DE DIAS ASIMILADOS Nº DE DIAS EQUIVALENTES	Nº DE DIAS ASIMILADOS (ACUERDO ADMINISTRATIVO) Nº DE DIAS EQUIVALENTES (AJUSTE ADMINISTRATIVO)	TOTAL TOTAL

TOTAL DE DIAS DE SEGURO O ASIMILADOS CUMPLIDOS EN BRASIL
TOTAL DE DIAS DE SEGURO OU EQUIVALENTES CUMPRIDOS NO BRASIL

5.2 IMPORTE MENSUAL DE LA PRESTACIÓN A QUE TIENE DERECHO EL INTERESADO INDEPENDIENTEMENTE DEL CONVENIO Y ÚNICAMENTE SOBRE LA BASE DE LOS PERÍODOS CUMPLIDOS EN VIRTUD DE LA LEGISLACIÓN BRASILEÑA. VALOR MENSAL DA PRESTAÇÃO A QUE TEM DIREITO O INTERESADO INDEPENDIENTEMENTE DO ACORDO E ÚNICAMENTE COM BASE NOS PERÍODOS CUMPRIDOS EM VIRTUDE DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA.	A PARTIR DE	CRUZEIRO
<p>SI NO TIENE DERECHO A PRESTACIÓN SOBRE LA BASE DE LOS PERÍODOS CUMPLIDOS EN VIRTUD DE LA LEGISLACIÓN BRASILEÑA ÚNICAMENTE, INDICAR EL MOTIVO.</p> <p>SE NÃO TEM DIREITO A PRESTAÇÃO COM BASE NOS PERÍODOS CUMPRIDOS UNICAMETE EM VIRTUDE DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA, INDICAR O MOTIVO.</p>		

LUGAR Y FECHA LOCAL E DATA	SELLO / CARIMBO
FIRMA ASSINATURA	

6. PRESTACIONES A CARGO DE LA INSTITUCION ESPAÑOLA COMPETENTE
PRESTAÇÕES A CARGO DA INSTITUIÇÃO ESPANHOLA COMPETENTE

A PARTIR DE	IMPORTE MENSUAL DE LA PRESTACIÓN VALOR MENSAL DA PRESTAÇÃO	
	QUE HUBIERA CORRESPONDIDO SI LA TOTALIDAD DE LOS PERÍODOS SE HUBIERA CUMPLIDO EN VIRTUD DE LA LEGISLACIÓN ESPAÑOLA (PRESTACIÓN TEÓRICA). QUE CORRESPONDERIA SE A TOTALIDADE DOS PERÍODOS HOUVESSE SIDO CUMPRIDA EM VIRTUDE DA LEGISLAÇÃO ESPANHOLA (PRESTAÇÃO TEÓRICA).	DEBIDA EN PROPORCIÓN A LOS PERÍODOS CUMPLIDOS EXCLUSIVAMENTE EN VIRTUD DE LA LEGISLACIÓN ESPAÑOLA (PENSIÓN PRORRATA). DEVIDA EM PROPORÇÃO AOS CUMPRIDOS EXCLUSIVAMENTE EM VIRTUDE DA LEGISLAÇÃO ESPANHOLA (PRESTAÇÃO PROPORCIONAL).
	PESETAS	PESETAS
SIN DERECHO A PRESTACIÓN ESPAÑOLA POR EL SIGUIENTE MOTIVO: SEM DIREITO A PRESTAÇÃO ESPANHOLA PELO MOTIVO SEGUINTE:		
LUGAR Y FECHA LOCAL E DATA		SELLO/CARIMBO
FIRMA ASSINATURA		

7. PRESTACIONES A CARGO DE LA INSTITUCION BRASILEÑA COMPETENTE
PRESTAÇÕES A CARGO DA INSTITUIÇÃO BRASILEIRA COMPETENTE

A PARTIR DE	IMPORTE MENSUAL DE LA PRESTACIÓN VALOR MENSAL DA PRESTAÇÃO	
	QUE HUBIERA CORRESPONDIDO SI LA TOTALIDAD DE LOS PERÍODOS SE HUBIERA CUMPLIDO EN VIRTUD DE LA LEGISLACIÓN BRASILEÑA (PRESTACIÓN TEÓRICA). QUE CORRESPONDERIA SE A TOTALIDADE DOS PERÍODOS HOUVESSE SIDO CUMPRIDA EM VIRTUDE DA LEGISLAÇÃO ESPANHOLA (PRESTAÇÃO TEÓRICA).	DEBIDA EN PROPORCIÓN A LOS PERÍODOS CUMPLIDOS EXCLUSIVAMENTE EN VIRTUD DE LA LEGISLACIÓN BRASILEÑA (PENSIÓN PRORRATA). DEVIDA EM PROPORÇÃO AOS CUMPRIDOS EXCLUSIVAMENTE EM VIRTUDE DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA (PRESTAÇÃO PROPORCIONAL).
	CRUZEIROS	PESETAS
SIN DERECHO A PRESTACIÓN BRASILEÑA POR EL SIGUIENTE MOTIVO: SEM DIREITO A PRESTAÇÃO BRASILEIRA PELO MOTIVO SEGUINTE:		
LUGAR Y FECHA LOCAL E DATA		SELLO/CARIMBO
FIRMA ASSINATURA		

<p>7.1 EVENTUAL PROCEDIMIENTO ULTERIOR DE CÁLCULO PARA LA DETERMINACIÓN DEL IMPORTE MENSUAL POR APLICACIÓN DEL ARTICULO 9 DEL CONVENIO. EVENTUAL PROCEDIMENTO ULTERIOR DE CALCULO PARA A DETERMINAÇÃO DO VALOR MENSAL PELA APLICAÇÃO DO ARTIGO 9 DO ACORDO.</p>						
<p>IMPORTE MENSUAL DE LA PRESTACIÓN MÍNIMA EN BASE A LA LEGISLACIÓN VALOR MENSAL DA PRESTAÇÃO MINIMA COM BASE NA LEGISLAÇÃO</p>						
<p>IMPORTE MENSUAL DE LA PRORRATA VALOR MENSAL DA QUOTA</p>						
<p>TOTAL TOTAL</p>						
<p>IMPORTE MENSUAL DE LA DIFERENCIA RELATIVA A LA PRESTACIÓN VALOR MENSAL DE DIFERENÇA RELATIVA A PRESTAÇÃO MÍNIMA.</p>						
<p>TAL DIFERENCIA DEBE SER PAGADA SOBRE LA BASE DEL PRORRATEO TAL DIFERENÇA DEVE SER PAGA COM BASE NO RATEIO:</p>						
<p>ES DECIR: ISTO É</p>	<p>A CARGO DE LA ENTIDAD GESTORA A CARGO DA ENTIDADE GESTORA</p>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>MENSUALES MENSAIS</td> </tr> <tr> <td></td> <td>MENSUALES MENSAIS</td> </tr> </table>		MENSUALES MENSAIS		MENSUALES MENSAIS
	MENSUALES MENSAIS					
	MENSUALES MENSAIS					

<p>LUGAR Y FECHA LOCAL E DATA</p>	<p>SELLO/CARIMBO</p>
<p>FIRMA ASSINATURA</p>	

CONVENIO GENERAL SOBRE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ESPAÑA Y BRASIL
ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE ESPANHA E BRASIL

PRORROGA DE DESPLAZAMIENTO / PRORROGAÇÃO DE DESLOCAMENTO

ARTICULA 7.1 DEL CONVENIO; ARTÍCULO 4.2 DEL ACUERDO ADMINISTRATIVO
ARTGO 7.1 DO CONVENIO E ARTIGO 4.2 DO ACORDO ADMINISTRATIVO

A - DEBERA SER CUMPLIMENTADO POR EL EMPRESARIO O POR EL TRABAJADOR
DEVERA SER PREENCHIDO PELO EMPRESARIO OU PELO TRABALHADOR

1	INSITUCION COMPENTENTE DEL PAIS DE EMPLEAO / INSTITUIÇÃO COMPETENTE DO PAÍS EMPREGADOR (A)
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>1.1 DENOMINACIÓN / DENOMINAÇÃO:</div><div>1.2 DIRECCIÓN / ENDEREÇO (2):</div></div><div>.....</div></div>
2	TRABAJADOR ASALARIADO / TRABALHADOR ASSALARIADO
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>2.1 APELLIDO(S) SOBRENOME (3)</div><div>2.2 NOMBRE / NOME</div><div>2.3 FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO</div><div>2.4 DIRECCIÓN HABITUAL / RESIDÊNCIA (2):</div><div>2.5 NÚMERO DE AFILIACIÓN / NÚMERO DE INSCRIÇÃO:</div></div><div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"><div>2.2 NOMBRE / NOME</div><div>APELLIDO(S) DE SOLTERA / SOBRENOME(S) DE SOLTEIRA (1 BIS)</div></div><div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"><div>2.3 FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO</div><div>NACIONALIDA / NACIONALIDADE</div><div>D.N.I (4)</div></div><div>2.4 DIRECCIÓN HABITUAL / RESIDÊNCIA (2):</div><div>2.5 NÚMERO DE AFILIACIÓN / NÚMERO DE INSCRIÇÃO:</div></div>
3	EL TRABAJADOR ANTERIORMENTE INDICADO HA ESTADO DESPLAZADO SEGÚN EL ARTÍCULO 7.1 DEL CONVENIO O TRABALHADOR ANTERIORMENTE INDICADO TEM SIDO DESLOCADO SEGUNDO O ARTIGO 7.1 DO CONVÊNIO
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>3.1 DURANTE EL PERÍODO DEL / DURANTE O PERÍODO DE.....AL / A.....</div><div>3.2 EN EL SIGUIENTE ESTABLECIMIENTO (DATOS DE LA EMPRESA DE DESTINO) / NO SIGUIENTE ESTABLECIMIENTO (EMPRESA DE DESTINO):</div></div>
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>3.3 NOMBRE O RAZÓN SOCIAL / NOME OU RAZÃO SOCIAL:</div><div>3.4 DIRECCIÓN / ENDEREÇO (2):</div></div><div>.....</div></div>
4	EL TRABAJADOR PRESENTÓ UNA CERTIFICACIÓN SOBRE LA LEGISLACIÓN APLICABLE (FORMULÁRIO E/B-1) O TRABALHADOR APRESENTOU UMA CERTIDÃO SOBRE A LEGISLAÇÃO APLICÁVEL (E/B-1)
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>4.1 EXPEDIDA POR LA INSTITUCIÓN SIGUIENTE (NOMBRE Y DIRECCIÓN) / EXPEDIDA PELA INSTITUIÇÃO SEGUINTE (NOME E ENDEREÇO) (2)</div><div>4.2 AL / O....., VÁLIDA BASTA EL / VÁLIDA ATÉ.....</div></div>
5	SOLICITA QUE CONTÚE SUJETO A LA LEGISLACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL DEL PAÍS <input type="checkbox"/> (1) SOLICITA QUE CONTINUE SUJEITO À LEGISLAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL DO PAÍS <input type="checkbox"/>
	5.1 DURANTE EL PERÍODO DEL / DURANTE O PERÍODO DE.....AL / O(5)
6	DATOS DE LA EMPRESA DE ORIGEN / DADOS DA EMPRESA DE ORIGEM
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>6.1 NOMBRE O RAZÓN SOCIAL / NOME OU RAZÃO SOCIAL:</div><div>6.2 DIRECCIÓN / ENDEREÇO (2):</div></div> <div>.....</div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>6.3 SELLO / CARIMBO</div><div>6.4 FECHA DATA:.....</div></div>
	6.5 FIRMA / ASSINATURA:.....

CONVENIO GENERAL SOBRE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ESPAÑA Y BRASIL ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE ESPANHA E BRASIL

DEBERÁ CUMPLEMENTARLO LA INSTITUCION COMPETENTE DEL PAIS DE EMPLEO
DEVERÁ SER PREENCHIDO PELA INSTITUIÇÃO COMPETENTE DO PAÍS EMPREGADOR

7 DECLARAMOS / DECLARAMOS

7.1 ☐ ESTAR DE ACUERDO / ESTAR DE ACORDO ☐ NO ESTAR DE ACUERDO / NÃO ESTAR DE ACORDO
EN QUE EL TRABAJADOR MENCIONADO EN EL RECUADRO 2 SIGA SOMETIDO A LA LEGISLACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL
QUE O TRABALHADOR MENCIONADO NO QUADRO 2 FIQUE SUJEITO À LEGISLAÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL

DEL PAÍS / DO PAÍS ☐ (1)

DURANTE EL PERIODO DEL / DURANTE O PERÍODO DEAL / O.....(5)

8 INSTITUCION COMPETENTE DEL PAIS DE EMPLEO / INSTITUIÇÃO COMPETENTE DO PAÍS EMPREGADOR

8.1 DENOMINACIÓN / DENOMINAÇÃO:
8.2 DIRECCIÓN / ENDEREÇO (2):
.....

8.3 SELLO / CARIMBO

8.4 FECHA / DATA:.....

8.5 FIRMA / ASSINATURA:.....

INSTRUCCIONES / INSTRUÇÕES

EL FORMULARIO DEBERÁ CUMPLIMENTARSE CON CARACTERES DE IMPRENTA UTILIZANDO ÚNICAMENTE LAS LINEAS DE PUNTOS. / O FORMULÁRIO DEVERÁ SER PREENCHIDO COM LETRA DE FORMA, UTILIZANDO UNICAMENTE AS LINHAS PONTIFICADAS.

CUMPLIMENTADA LA PARTE A DE MISMO POR EL EMPRESARIO O TRABAJADOR, EN CUADRUPLICADO EJEMPLAR, SERÁ ENVIADO POR LA INSTITUCIÓN COMPETENTE DEL PAIS ASEGURADORA LA INSTITUCIÓN COMPETENTE DEL PAIS DE DESTINO. / UMA VEZ CUMPRIDA A PARTE A DO MESMO PELO EMPRESARIO DO TRABALHADOR, EM QUATRO EXEMPLARES, ESSES SERÃO ENVIADOS PELA INSTITUIÇÃO COMPETENTE DO PAÍS ASSEGURADOR À INSTITUIÇÃO COMPETENTE DO PAÍS DE DESTINO.

ESTA ÚLTIMA INSTITUCIÓN CUMPLIMENTARÁ LA PARTE B DEL FORMULARIO Y REMITIRÁ 2 EJEMPLARES A LA EMPRESA SOLICITANTE Y OTRO A LA INSTITUCIÓN COMPETENTE DEL PAIS ASEGURADOR, CONSERVANDO EL CUARTO PARA SU CONSTANCIA. / ESTA ÚLTIMA INSTITUIÇÃO PREENCHERÁ A PARTE B DO FORMULÁRIO E REMETERÁ 2 VIAS À EMPRESA SOLICITANTE E OUTRO À INSTITUIÇÃO COMPETENTE DO PAÍS ASSEGURADO, CONSERVANDO UM QUARTO PARA SEU PRÓPRIO CONTROLE.

EL TRABAJADOR DESPLAZADO DEBERÁ SOLICITAR TAMBIÉN EL FORMULARIO E/B-5 DE ASISTENCIA SANITARIA EN CASOS DE ESTANCIA TEMPORAL. / O TRABALHADOR DESTACADO DEVERÁ SOLICITAR TAMBÉM O FORMULÁRIO E/B-5 DE ASSISTÊNCIA SANITÁRIA (SAÚDE) EM CASO DE ESTADIA TEMPORÁRIA.

A) INSTITUCIÓN COMPETENTE EN ESPAÑA / INSTITUIÇÃO COMPETENTE NA ESPANHA

TESORERIA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL - SUBDIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS ECONÓMICOS - C/ 'ASTROS 5 Y 7 - 28007 MADRID.

INSTITUCIÓN COMPETENTE EN BRASIL / INSTITUIÇÃO COMPETENTE NO BRASIL
INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL - DIVISÃO DE CONVÊNIOS E ACORDOS INTERNACIONAIS (INSS) - ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS BLOCO F ANEXO MPAS - 2º ANDAR - BRASÍLIA/DF - CEP: 70059-605

NOTAS / NOTAS

(1) SIGLAS DEL PAIS: B = BRASIL; E = ESPAÑA. / SIGLA DO PAÍS: B = BRASIL; E = ESPANHA.

(2) INDICAR CALLE, NÚMERO, CÓDIGO POSTAL, LOCALIDAD Y PAÍS. / INDICAR RUA, NÚMERO, CAIXA POSTAL, CIDADE E PAÍS.

(3) PARA LOS NACIONALES ESPANOLES INDICAR LOS APELLIDOS DE NACIMIENTO. / PARA OS NACIONAIS ESPANHÓES INDICAR OS SOBRENOMES DO NASCIMENTO.

(3 BIS) PARA TRABAJADORAS NO ESPAÑOLAS. / PARA TRABALHADORAS NÃO ESPANHOLAS.

(4) PARA LOS NACIONALES ESPAÑOLES, INDICAR EL NÚMERO DEL DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (DNI), AUNQUE ESTÉ CADUCADO. PARA NACIONALES BRASILEÑOS INDICAR CPF O CI. / PARA OS NACIONAIS ESPANHÓIS, INDICAR O NÚMERO DA CARTEIROA NACIONAL DE IDENTIDADE (DNI), MESMO QUE ESTEJA INVÁLIDA. PARA OS NACIONAIS BRASILEIRO INDICAR CPF OU CI.

(5) ESTE PERÍODO NO PUEDE EXCEDER DE DOS AÑOS. / ESTE PERÍODO NÃO PODE EXCEDER-SE POR MAIS DE DOIS ANOS.

CONVENIO GENERAL SOBRE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ESPAÑA Y BRASIL
ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE ESPANHA E BRASIL

EJERCICIO DEL DERECHO DE OPCION. CERTIFICADO RELATIVO A LA LEGISLACION APLICABLE
EXERCICIO DO DIREITO DE OPÇÃO. CERTIFICADO RELATIVO A LEGISLAÇÃO APLICAVEL

JARTICULOS 7.6 Y 7.7 DEL CONVENIO Y ARTICULO 5 DEL ACUERDO ADMINISTRATIVO
ARTIGOS 7.6 E 7.7 DO CONVÊNIO E ARTIGO 5 DO ACORDO ADMINISTRATIVO

A - A CUMPLIMENTAR POR EL TRABAJADOR / A PREENCHER PELO TRABALHADOR

1	INSTITUCIÓN O AUTORIDAD DESTINATARIA / INSTITUIÇÃO OU AUTORIDADE DESTINATARIA (1)
1.1	DENOMICIÓN / DENOMINAÇÃO:
1.2	DIRECCIÓN / ENDEREÇO (2):
2	OPCION. EL ABAJO FIRMANTE / OPÇÃO. O ABAIXO ASSINADO
2.1	APELLIDO(S) SOBRENOME(3)
2.2	NOMBRE / NOME APELLIDO(S) DE SOLTERA / SOBRENOME(S) DE SOLTEIRA (3 BIS)
2.3	FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE ANSCIMENTO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE D.N.I (4)
2.4	DIRECCIÓN HABITUAL / ENDEREÇO (2):
2.5	NÚMERO DE AFILIACIÓN / NÚMERO DE INSCRIÇÃO:
3	DATOS DE LA ACTIVIDAD LABORAL / DADOS DA ATIVIDADE LABORAL
OCUPADO DESDE / TRABALHO DESDE:	
3.1	EN CALIDAD DE / NA QUALIDADE DE (5): EN LA MISIÓN DIPLOMÁTICA O CONSULAR QUE SE INDICA A CONTINUACIÓN / NA MISSÃO DIPLOMÁTICA OU CONSULAR:
3.2	EN CALIDAD DE / NA QUALIDADE DE (5): AL SERVICIO PARTICULAR DEL EMPLEADOR / A SERVIÇO PARTICULAR DO FUNCIONÁRIO (6): DE LA MISIÓN DIPLOMÁTICA O CONSULAR QUE SE INDICA A CONTINUACIÓN / DA SEGUINTE MISSÃO DIPLOMÁTICA OU CONSULAR:
4	DECLARACIÓN DE OPCION / DECLARAÇÃO DE OPÇÃO
DECLARA OPTAR POR QUEDAR SOMENTIDO A LA LEGISLACIÓN DE / DECLARA OPTAR PELA LEGISLAÇÃO DE (1):	
4.1 . LUGAR Y FECHA / LOCAL E DATA:	
4.2 . FIRMA / ASSINATURA:	

CONVENIO GENERAL SOBRE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ESPAÑA Y BRASIL
ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE ESPANHA E BRASIL

B - A CUMPLIMENTAR POR EMPLEADOR / A PREENCHER PELO O EMPREGADOR

5 EMPLEADOR / EMPREGADOR

5.1 MISIÓN DIPLOMÁTICA O CONSULAR / MISSÃO DIPLOMÁTICA OU CONSULAR

SELLO / CARIMBO

FECHA / DATA:.....

FIRMA / ASSINATURA:.....

5.2 EMPLEADOR / EMPREGADOR:

FECHA / DATA:.....

FIRMA / ASSINATURA:.....

C - A CUMPLIMENTAR POR LA AUTORIDAD DESTINATARIA / A PREENCHER PELA AUTORIDADE DESTINATARIA

6 INSTITUCIÓN COMPETENTE DEL PAIS A CUYA LEGISLACION QUEDA SOMETIDO EL TRABAJADOR
INSTITUIÇÃO OU AUTORIDADE DO PAÍS SOB CUJA LEGISLAÇÃO FICA SUBMETIDO O TRABALHADOR

6.1 DENOMINACIÓN / DENOMINAÇÃO:

6.2 DIRECCIÓN / ENDEREÇO (2):

6.3 SELLO / CARIMBO

6.4 FECHA / DATA:.....

6.5 FIRMA / ASSINATURA:.....

INSTRUCCIONES / INSTRUÇÕES

EL TRABAJADOR CUMPLIMENTARÁ LA PARTE. A DE ESTE FORMULARIO EN TRES EJEMPLARES QUE ENTRE GARÁ A SU EMPLEADOR. ESTE CUMPLIMENTARÁ PARA BY LOS REMITIRÁ A LA INSTITUCIÓN O AUTORIDAD DESTINATARIA. ESTA CUMPLIMENTARÁ LA PARTE CY ENVIARÁ UN E EMPLARA LA INSTITUCIÓN O AUTORIDAD DE LA OTRA PARTE, DEVOLVIENDO DOS EJEMPIARES AL EMPLEADOR, EL CUAL ENTREGARÁ EN EJEMPLAR AL ASEGURADO.

O TRABALHADOR PREENCHERÁ A PARTE. A DESTE FORMULÁRIO EM TRÊS EXEMPLARES E OS ENTREGARÁ AO SEU EMPREGADOR. ESTE COMPLEMENTARÁ A PARTE "B" E OS REMETERÁ À INSTITUIÇÃO OU AUTORIDADE DESTINATARIA. ESTA COMPLEMENTARÁ A PARTE "C" E ENVIARÁ UM EXEMPLAR PARA A INSTITUIÇÃO OU AUTORIDADE DA OUTRA PARTE, DEVOLVENDO DOIS EXEMPLARES AO EMPREGADOR O QUAL ENTREGARÁ UM EXEMPLAR AO SEGURADO.

EL TRABAJADOR DESPLAZADO DEBERÁ SOLICITAR TAMBIEN EL FORMULARIO EB-5 DE ASISTÊNCIA SANITARIA EM CASOS DE ESTANCIA TEMPORAL / O TRABALHADOR DESLOCADO DEVERÁ SOLICITAR TAMBÉM O FORMULÁRIO E/B-5 DE ASISTÊNCIA SANITARIA EM CASO DE ESTANCIA TEMPORARIA.

NOTAS / NOTAS

(1) INSTITUCION DESTINATARIA / INSTITUIÇÃO DESTINATARIA

- SI SE OPTA POR LA LEGISLACIÓN ESPAÑOLA / SE OPTA PELA LEGISLAÇÃO ESPANHOLA:

TESORENA GERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL - SUBDIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS ECONOMICOS - C/ ASTROS, 5-7 - 28007 MADRID

- SI SE OPTA POR LA LEGISLACIÓN BRASILEÑA Y SE TRATA DE PERSONAS EMPLEADOS AL SERVICIO DE UNA MISIÓN DIPLOMÁTICA O CONSULAR / PARA QUEM OPTAR PELA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA TRATANDO-SE DE PESSOAS EMPREGADAS EM UMA MISSÃO DIPLOMÁTICA OU CONSULAR:

MINISTERIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES - ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS - ITAMARATY, ANEXO I - BRASÍLIA/DF - CEP 70.170-900 - Y SI SE TRATA DE UNA PERSONA AL SERVICIO PARTICULAR DE UN FUNCIONÁRIO DE UNA MISIÓN DIPLOMÁTICA O CONSULAR TRATANDO-SE DE UMA PESSOA, A SERVIÇO PARTICULAR DE UMA FUNCIONÁRIO DE UMA MISSÃO DIPLOMÁTICA OU CONSULAR: INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, DIVISÃO DE CONVÊNIOS E ACORDOS. ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS BLOCO F, ANEXO MPAS - 2º ANDAR - ALA "B" SALA 242 BRASÍLIA/DF. CEP 70.059-605

(2) INDICAR CALLE, NÚMERO, CÓDIGO POSTAL, LOCALIDAD, PAIS. / INDICAR RUA, NÚMERO, CAIXA POSTAL, CIDADE, PAÍS.

(3) PARA LOS NACIONALES ESPAÑOLES, INDICAR LOS APELLIDOS DE NACIMIENTO. / PARA NACIONAL ESPANHOIS INDICAR OS DOIS PELO SOBRENOMES.

(4) PARA LOS NACIONALES ESPAÑOLES, INDICAR EL NÚMERO DEL DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (DNT), AUNQUE ESTÉ CADUCADO PARA NACIONALES BRASILEÑOS INDICAR CPF O CI. / PARA OS NACIONAIS ESPANHOIS, INDICAR O NÚMERO DA CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE (DNI), MEMO QUE ESTEJA INVÁLIDA PARA OS NACIONAIS BRASILEIROS INDICAR CPF OU CI.

(5) INDICAR CALIDAD DEL EMPLEO: ADMINISTRATIVO, TRADUCTOR, COCINERO, CHÓFER, ETC. / INDICAR A QUALIDADE DO EMPREGO: ADMINSTRATIVO, TRADUTOR, OZINNEIRO, MOTORISTA, ETC.

(6) INDICAR NOMBRE Y APELLIDOS DEL EMPLEADOR. / INDICAR NOME E SOBRENOME DO EMPREGADOR.

(7) INDICAR ESPAÑA O BRASIL SEGÚN PROCEDA. / INDICAR ESPANHA OU BRASIL SEGUNDO PROCEDE.

(8) CUMPLIMENTAR LOS PUNTOS 5.1 O 5.2, SEGÚN PROCEDA. / COMPLEMENTAR OS PONTOS 5.1 OU 5.2 SEGUNDO PROCEDE.

CONVENIO GENERAL SOBRE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ESPAÑA Y BRASIL
ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE ESPANHA E BRASIL

CERTIFICADO DE PERIODOS DE SEGURO
CERTIFICADO DE PERIODOS DE SEGURO

ARTº DEL CONVENIO
ARTIGO DO ACORDO
ARTº DEL ACORDO ADMINISTRATIVO
ARTIGO DO AJUSTE ADMINISTRATIVO

REFERÊNCIA EXPEDIENTE		
APELLIDOS SOBRENOME 	NOMBRE NOME 	
NOMBRE DEL PADRE NOME DO PAI 	NOMBRE DE LA MADRE NOME DA MÃE 	
FECHA DE NACIMIENTO DATA DE NASCIMENTO 	NACIONALIDAD NACIONALIDADE 	ESTADO CIVIL ESTADO CIVIL
DOMICILIO ACTUAL ENDEREÇO ATUAL 		
ORGANISMO DE AFILIACION ORGANISMO DE INSCRIÇÃO 	NUMERO DE AFILIACION NÚMERO DE INSCRIÇÃO 	

PERIODOS DE SEGURO COTIZADOS
PERÍODOS DE SEGURO COTIZADOS

OBRIGATÓRIOS OBRIGATÓRIOS	VOLUNTÁRIOS VOLUNTÁRIOS	ASIMILADOS ASSIMILADOS	PROFESION PROFISSÃO	OBSERVACIONES OBSERVAÇÕES
.....A.....A..... DE.....A..... DE.....A..... DE.....A..... DE.....A..... DE.....A..... DE.....A..... DE.....A..... DE.....A..... DE.....A..... DE.....A.....	DE.....A..... DE.....A..... DE.....A..... DE.....A..... DE.....A..... DE.....A..... DE.....A..... DE.....A..... DE.....A..... DE.....A..... DE.....A..... DE.....A.....	DE.....A..... DE.....A..... DE.....A..... DE.....A..... DE.....A..... DE.....A..... DE.....A..... DE.....A..... DE.....A..... DE.....A..... DE.....A..... DE.....A.....		
TOTAL..... TOTAL.....	AÑOS..... ANOS.....	MESES..... MESES.....	DIAS..... DIAS.....	

EN / EM.....A / A.....DE / DEDE / DE 19.....

EL / O.....

CONVENIO GENERAL SOBRE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ESPAÑA Y BRASIL ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE ESPANHA E BRASIL

ARTº 13 DEL CONVENIO
ARTº 6 DEL ACUARDO ADMINISTRATIVO

1	ORG LOCAL	Nº BENEFÍCIO	ESP.	ORD.	DME
NOME DO EXAMINADO NOMBRE DEL EXAMINADO		SEXO M <input type="checkbox"/> 1 F <input type="checkbox"/> 2	DATA NASCIM.		DIB / DER
NOME DO SEGURADO (EM CASO DE EXAME DE DEPENDENTE) NOMBRE DEL ASEGURADO (EN EL CASO DEL EXAMEN DEL DEPENDIENTE)		COD. PROFIS.	DO	DAT	LIMITE ANTER.
ENDEREÇO DO EXAMINADO DIRECCIÓN DEL EXAMINADO		DOC. IDENTIDADE			CONVÊNIO
		Nº	SÉRIE	ÓRGÃO	

MPC

É DOENÇA QUE ISENTA DE PERÍODO DE CARÊNCIA?	DATA INÍCIO DOENÇA	DATA INÍCIO INCAPACIDADE	CONCLUSÃO	FASE	DATA NOVO LIMITE	DIAGNÓSTICO
SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2			 1 2 3 4			

ADMINISTRATIVO PERÍCIA

LOCAL DO EXAME	REQUISITADOS	MPL. CÓDIGO	MPC. CÓDIGO	DRE	DATA NOVO EXAME
1 2 3 4 I C D E					

2

QUESITO A CARGO DO MÉDICO PERITO LOCAL

<p>QUESITOS A CARGO DO MÉDICO PERITO LOCAL</p> <p>1 - ESTÁ O EXAMINADO INCAPACITADO PARA O TRABALHO? SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2</p> <p>2 - EM CASO DE RESPSTA AFIRMATIVA AO QUESITO 1: 2.1 - É SUSCETÍVEL DE RECUPERAÇÃO PARA O SEU PRÓPRIO TRABALHO? SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2</p> <p>2.2 - É SUSCETÍVEL DE REABILITAÇÃO PARA OUTRA ATIVIDADE? SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2</p> <p>3 - EM CASO DE RESPOSTA NEGATIVA AO QUESITO 1: (SÓ RESPOSTA EM CASO DE CESSAÇÃO DE APOSENTADORIA) 3.1 - A REAQUISIÇÃO DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO É: SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2</p> <p>3.2 - ESTÁ O SEGURADO APTO PARA EXERCÍCIO DE TRABALHO DIVERSO DO QUE HABITUALMENTE EXERCIO? SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>4 - QUAL A DATA PROVÁVEL DA CESSAÇÃO DA INCAPACIDADE? DIA <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/></p> <p>4.1 - HAVERÁ NECESSIDADE DE NOVO EXAME NESSA DATA? SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2</p> <p>5 - TRATA-SE DE GRAVIDEZ NORMAL? 5.1 - MÊS SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2</p> <p>6 - A INCAPACIDADE DECORRE DE ACIDENTE DE TRABALHO? SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2</p> <p>7 - EM CASO DE EXAME PARA CONSTATAÇÃO DE INVALIDEZ: 7.1 - NÁ INVALIDEZ? SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2</p> <p>7.2 - DESDE QUANDO? DIA <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/></p>
---	---

MPL	MPC	REVISÃO
DATA	DATA	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>CONFIRMADO SIM <input type="checkbox"/> 1</div> <div>ALTERADO NÃO <input type="checkbox"/> 2</div> </div>
ASSINATURA E CARIMBO	ASSINATURA E CARIMBO	ASSINATURA E CARIMBO
OBS: (SETOR BENEFÍCIOS)		JUSTIFICATIVA DO PARECER:
OBS.: (SETOR PERÍCIAS)		

CONVENIO GENERAL SOBRE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ESPAÑA Y BRASIL

ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE ESPANHA E BRASIL

INFORME MÉDICO DETALLADO / RELATÓRIO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL

NOMBRE DEL EXAMINADO NOME DO EXAMINADO				FECHA DE NACIMIENTO DATADO NASCIMENTO		EDAD IDADE		EST. CIVIL EST. CIVIL		SEXO SEXO		COLOR COR	
NATURALEZA - NACIONALIDAD NATURALIDADE - NACIONALIDADE				IDENTIFICACIÓN IDENTIFICAÇÃO				FECHA DE BAJA EN EL TRABAJO DATA AFAST. TRABALHO					
PROTESION (DESCRIBIENDO EL TIPO DE TRABAJO) PROFISSÃO (CARACTERIZANDO O TIPO DE TRABALHO)				TIEMPO EN LA PROFESIÓN TEMPO NA PROFISSÃO		EMPLEADO EMPREGADO		<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px;"></div>		LUGAR DEL EXAMEN LOCAL DO EXAME			
						DESEMPLEADO DESEMPREGADO		<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px;"></div>		CONSULTOR. RESIDENCIA CONSULTÓRIO RESIDÊNCIA			
CAUSA DE LA BAJA EN EL TRABAJO CAUSA DO AFASTAMENTO DO TRABALHO								COMIENZO DE LA ENFERMEDAD INÍCIO DA DOENÇA					
HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL													
ANTECEDENTES PERSONALES ANTECEDENTES PESSOAIS													
EXAME GENERAL / EXAMA GERAL	COLOR FACIAL FÁCIES			APTITUD ATITUDE			ESTADO DE NUTRICION Y ASPECTO GENERAL ESTADO DE NUTRIÇÃO E ASPECTO GERAL						
	MUCOSOS MUCOSOS VISÍVEIS												
	TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO - PIEL Y TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO - PELE E FÔNEROS												
	BIOTIPO BIOTIPO		ALTUA ALTURA		PESO PESO		TEMPERATURA TEMPERATURA		PULSO RADIAL PULSO RADIAL			PRESION ARTERIAL PRESSÃO ARTERIAL	
								C'AS.....HS			MX. MN.	
	EXAMEN DEL APARATO CIRCULATORIO - DATOS OBJETIVOS - CAPACIDAD FUNCIONAL EXAME DO APRELHO CIRCULATÓRIO - DADOS OBJETIVOS - CAPACIDADE FUNCIONAL												
DATOS SUBJETIVOS DADOS SUBJETIVOS													

CONVENIO GENERAL SOBRE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ESPAÑA Y BRASIL
ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE ESPANHA E BRASIL

EXAMEN DEL APARATO RESPIRATORIO - DATOS OBJETIVOS - CAPACIDAD FUNCIONAL EXAME DO APARELHO RESPIRATÓRIO - DADOS OBJETIVOS - CAPACIDADE FUNCIONAL
DATOS SUBJETIVOS DADOS SUBJETIVOS
EXAMEN DEL APARATO DIGESTIVO - DATOS OBJETIVOS EXAME DO APARELHO DIGESTIVO - DADOS OBJETIVOS
DATOS SUBJETIVOS DADOS SUBJETIVOS
EXAMEN DEL APARATO LINFOHEMOTOPOYÉTICO EXAME DO APARELHO HEMOLINFOPOIÉTICO - GÂNGLIOS E BOÇO
EXAMEN DEL APARATO GENITO - URINÁRIO - DATOS OBJETIVOS EXAME DO APRELHO GENITO - URINÁRIO - DADOS OBJETIVOS
DATOS SUBJETIVOS DADOS SUBJETIVOS
EXAMEN DEL APARATO OSEO-ARTICULAR - LIGAMENTOSO - EXAMEN DE LA COLUMNA Y DE LOS MIEMBROS (ESTATICO Y DINAMICO) EXAME DO APARELHO ÓSTEO-ARTICULAR - LIGAMENTOSO - EXAME DA COLUNA E DOS MEMBROS (ESTÁTICO E DINÂMICO)
EXAMEN DEL APARATO ENDOCRINO EXAME DO APARELHO ENDÁCRINO
EXAMEN DEL SISTEMA NERVIOSO - DATOS OBJETIVOS EXAME DO SISTEMA NERVOSO - DADOS OBJETIVOS
DATOS SUBJETIVOS DADOS SUBJETIVOS
EXAMEN DE LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS - DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS EXAME DOS ÓRGÃO DOS SENTIDOS - DADOS OBJETIVOS E SUBJETIVOS
EXAMEN MENTAL EXAME MENTAL
REQUISITOS INDISPENSABLES REQUISIÇÕES INDISPENSÁVEIS
DIOGNÓSTICO PROVABLE DIAGNÓSTICO PROVÁVEL
CONSIDERECIONES SOBRE LA CAPACIDAD LABORAL EN BASE AL EXAMEN MÉDICO PERICIAL (A CARGO EXCLUSIVO DEL MÉDICO FACULTATIVO RESPONSBLE DE LA CONCLUSIÓN) / CONSIDERAÇÕES SOBRE A CAPACIDADDE LABORATIVA COM BASE NO EXAME MÉDICO PERIACIAL (A CARGO EXCLUSIVO DO MÉDICO-PERITO RESPONSÁVEL PELA CONCLUSÃO).

CONVENIO GENERAL SOBRE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ESPAÑA Y BRASIL
ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE ESPANHA E BRASIL

LA INVALIDEZ ES PROVISIONAL O DEFINITVO?

CUAL ES LA INCAPACIDAD PARA CUALQUIER ATRO TRABAJO QUE CORRESPONDO A LAS APTITUDES DEL INTERESADO?

LA INVALIDEZ POR LA QUE ESTÁ AFECTADO SE PUEDE CONSIDERAR COMO PERMANENTE PARCIAL? (SE ENTIENDE POR TAL AL QUE PRODUCE AL TRABAJADOR UNA DIMINUCCIÓN AL MENOS DEL 33% DE SU CAPACIDAD DE GANACIA EN SU PROFESIÓN HABITUAL),

LA INVALIDEZ POR LA QUE ESTÁ AFECTADO? PUEDE CONSIDERARSE COMO PERMANENTE TOTAL? (ES LA QUE INHABILITA AL TRABAJADOR PARA LA REALIZACIÓN DE TODOS O DE LOS FUNDAMENTALES TAREAS DE SU PROFESIÓN HABITUAL, AUNQUE PUEDE DEDICARSE A OTRA PROFESIÓN).

LA INVALIDEZ POR LA QUE ESTÁ AFECTADO? SE PUEDE CONSIEDERAR COMO PERMANENTE ABSOLUTA? (INHABILITA POR COMPLETO AL TRABAJADOR PARA LA REALIZACIÓN DE TODO PROFESIÓN O OFÍCIO).

LA INVALIDEZ POR LA QUE ESTÁ AFECTADO? SE PUEDE CONSIDERAR COMO GRAN INVALIDEZ? (SITUACIÓN DEL TRABAJADOR AFECTADO DE INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA QUE, POR CONSECUENCIAS DE PÉRDIDAS ANATÓMICAS O FUNCIONALES, NECESITA LA ASISTENCIA DE OTRA PERSONA PARA REALIZAR LOS ACTOS MÁS ESENCIALES DE LA VIDA).

.....
FECHA

.....
FIRMA Y NUMERO DEL COLEGIADO

2. DATOS DE OTROS FAMILIARES CON POSIBLE DERECHO A PRESTACIONES ⁽¹⁰⁾
ELEMENTOS DE OUTROS DEPENDENTES COM POSSIVEL DIREITO A PRESTAÇÕES ⁽¹⁰⁾

APELLIDOS Y NOMBRE SOBRENOMES E NOMES	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO DATA DE NASCIMENTO	CONVIVIA O CON- VIVE CON EL ASE- GURADO CONVIVIA OU CON- VIVE COM O SE- GURADO (11)	DEPENDIA Ó DE- PENDE ECONOMI- CAMENTE DEL DEPENDIA OU DE- PENDE ECONOMI- CAMENTE DO SE- GURADO (11)	ESTÁ INCAPACI- TADO PARA EL TRABAJO? ESTA INCAPACITA- DO PARA O TRA- BALHO? (12)	TRABAJA? TRABALHA? (13)	ES PENSIONISTA Ó TITULAR DE RENTA? E PENSIONISTA OU TITULAR DE ALGU- MA RENDA? (14)	OBTIENE OTROS INGRESOS TEM OUTROS RENDIMENTOS? (15)	REFERENCIA Y FECHA DE LOS DOCUMENTOS REFERENCIA E DATA DOS DOCUMENTOS (16)	INEXISTENCIA DE FA- MILIARES PREFEREN- CIALES INEXISTÊNCIA DE DEPENDENTES PREFERENCIAIS

3. DECLARACIÓN DE ACTIVIDADES Y SITUACIONES DEL ASEGURADO QUE HAN TENIDO LUGAR EN ESPAÑA Y BRASIL
DECLARAÇÃO DE ACTIVIDADES E SITUAÇÕES DE SEGURADO QUE TIVERAM LUGAR NA ESPANHA E NO BRASIL

	NOMBRE DE LA EMPRESA O DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA NOME DA EMPRESA OU DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO	DOMICILIO DE LA EMPRESA ENDEREÇO DA EMPRESA	ACTIVIDAD PRODUCTIVA DE LA EMPRESA ATIVIDADE PRODUTIVA DA EMPRESA	PERÍODO PERÍODO	REFERENCIA Y FECHA DE LOS DOCUMENTOS REFERENCIA E DATA DOS DOCUMENTOS	CATEGORIA PROFESIONAL PROFISSÃO
ESPAÑA						
BRASIL						