

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO BRA-USA-01

BRA - USA 01

ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE A REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL E OS ESTADOS
UNIDOS DA AMÉRICA
AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN THE FEDERATIVE REPUBLIC OF BRAZIL AND UNITED
STATES OF AMERICA

CERTIFICADO DE COBERTURA / CERTIFICATE OF COVERAGE

Para aplicação do Artigo 5º do Acordo / For the purpose of Article 5º of the Agreement
Ajuste Administrativo artigo 4 / Administrative Arrangement Article 4

A SER PREENCHIDO PELA INSTITUIÇÃO COMPETENTE/ORGANISMO DE LIGAÇÃO DO BRASIL /
TO BE FILLED BY THE COMPETENT INSTITUTION/LIAISON AGENCY OF BRAZIL

O trabalhador designado no quadro 2 trata-se de / The Worker identified in section 2 is::

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE DESLOCAMENTO TEMPORARIO/
CERTIFICATE OF TEMPORARY DISPLACEMENT | <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE COBERTURA/ CERTIFICATE OF
COVERAGE |
| <input type="checkbox"/> Trabalhador assalariado / Employed person | <input type="checkbox"/> Artigo 5, paragrafo 1/Article 5, paragraph 1 |
| <input type="checkbox"/> Trabalhador autônomo / Self-employed person | <input type="checkbox"/> Artigo 5 parágrafos 3, 5, 7a, 7b, 8/
(Article 5, paragraphs 3, 5, 7ª, 7b, 8 |
| <input type="checkbox"/> Exceção / Exception | Especificar/To specify : _____ |

1	INSTITUIÇÃO COMPETENTE OU ORGANISMO DE LIGAÇÃO DESTINATÁRIO / COMPETENT INSTITUTION OR RECIPIENT LIAISON AGENCIES	
1.1	Denominação / Name : _____	
1.2	Endereço/ Address : _____	
1.3	Telefone / Telephone : _____	
1.4	E-mail: _____	

ATENÇÃO!
ESTA SEÇÃO NÃO DEVE SER PREENCHIDA

ATENÇÃO PARA PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS

2 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR / WORKER'S DETAILS

Nome do Segurado / Insured's name		Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last name
Primeiro nome / First name			
Nome da mãe / Mother's name		Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last name
Primeiro nome / First name			
Local do Nascimento / Birthplace		Data de Nascimento (dd/mm/aaaa) / Date of Birth (dd/mm/yyyy): ____/____/____	
Sexo / Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Nacionalidade / Nationality: _____			
Estado Civil / Marital Status: _____			
Profissão / Occupation: _____			
Documento de identificação brasileiro / Brazilian identity document:	Tipo / Type:	Número / Number	Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy): ____/____/____

Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil / Brazilian Individual Taxpayer Registration:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de Identificação do Trabalhador- NIT no Brasil / Brazilian Worker's Identification Number – NIT:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Endereço / Address

País / Country:

Estado / Province:

Cidade / City:

Bairro / Neighbourhood:

Logradouro / Sidewalk Rua / Street

Número/ Number:

Apt., Vila / Apt Number, Village

CEP / Postal Code:

E-mail:

Telefone / Telephone number:

3 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR NO BRASIL / DATA OF THE COMPANY IN BRAZIL

Nome ou Razão Social/Legal Name:

CNPJ / National Registry of Legal Entities

Atividade Principal / Main Activity:

Endereço / Address

País / Country:

Estado / Province:

Cidade / City:

Bairro / Neighbourhood

Logradouro / Sidewalk Rua / Street:

Número / Number:

Apt., Vila / Apt Number, Village:

CEP / Postal Code:

Telefone / Telephone number:

4 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR NOS ESTADOS UNIDOS DA AMERICA / DATA OF THE COMPANY IN UNITED STATES OF AMERICA

Nome ou Razão Social / Legal Name:

Atividade Principal / Main Activity:

Endereço / Address

País / Country:

Estado / Province:

Cidade / City:

Logradouro / Sidewalk Rua / Street

Número / Number

Apt., Vila / Apt Number, Village

CEP / Postal Code:

Telefone / Telephone number:

5 - CERTIFICAÇÃO/CERTIFICATION

CERTIFICA que o trabalhador identificado no quadro 2 fica submetido a legislação do Brasil em virtude do disposto no Acordo de Previdência Social firmado entre o Brasil e os Estados Unidos.

CERTIFIES that the worker identified in Table 2 is subjected to Brazil's legislation under the provisions of the Social Security Agreement signed between Brazil and the United States.

Desde / From to / / até / to / / .

PERÍODO DO CERTIFICADO

Local e Data (dd/mm/aaaa) / Place and Date (dd/mm/yyyy):

LOCAL E DATA**ASSINATURA DO ORGANISMO DE LIGAÇÃO (INSS)**

Carimbo / Stamp

Assinatura / Signature

6 HISTÓRICO DOS PERÍODOS DESLOCADOS / HISTORICAL PERIODS OF DISPLACED

De/From: / / Até/Until: / / (dd/mm/aaaa) (dd/mm/yyyy)

De/From: / / Até/Until: / / (dd/mm/aaaa) (dd/mm/yyyy)

De/From: / / Até/Until: / / (dd/mm/aaaa) (dd/mm/yyyy)

De/From: / / Até/Until: / / (dd/mm/aaaa) (dd/mm/yyyy)

De/From: / / Até/Until: / / (dd/mm/aaaa) (dd/mm/yyyy)

De/From: / / Até/Until: / / (dd/mm/aaaa) (dd/mm/yyyy)

Atenção: O formulário é documento único e deve ser apresentado de forma íntegra sem emendas, rasuras e com as folhas digitalizadas de modo sequencial.

6.2. Atividades executadas/ Activities Performed

6

DECLARAÇÃO DO REQUERENTE / APPLICANT STATEMENT

Eu declaro que as informações constantes nesta solicitação são verdadeiras, completas e de meu conhecimento e comprometo-me a fornecer as informações que sofrerem alterações, posteriores a este requerimento. Autorizo às instituições competentes brasileiras e estadunidenses a trocar todas as informações e documentos que se relacionam a este requerimento de benefício.

I certify that the information contained in this application is true and complete to the best of my knowledge and I undertake to provide any information that should change, subsequent to this application. I authorize the competent social security institutions in Brazil and United States to exchange all information and documents relating to this application for benefits.

Local / Place:

LOCAL E DATA DA ASSINATURA

ASSINATURA DO REPRESENTANTE DA
EMPRESA OU DO TRABALHADOR POR CONTA
PRÓPRIA (CONTRIBUINTE INDIVIDUAL)

Data da solicitação (dd/mm/aaaa) /
Date of Application (dd/mm/yyyy)

Assinatura do requerente / Applicant signature

A SEÇÃO 7 NÃO DEVE SER PREENCHIDA

7

INSTITUIÇÃO COMPETENTE OU ORGANISMO DE LIGAÇÃO DO PAÍS DE ORIGEM /
COMPETENT INSTITUTION OR COUNTRY OF THE LIAISON BODY

Denominação / Name

Endereço / Address

Telefone / Telephone

E-mail:

Informações importantes:

1. Este formulário é de preenchimento obrigatório, sem rasuras e/ou informações ilegíveis que implicam na invalidação do mesmo pelo Organismo de Ligação do país acordante
2. Ausência no preenchimento dos campos obrigatórios acarretará arquivamento do pedido, sem análise do mérito. Todas as informações destacadas são obrigatórias.
3. Assinatura do empregador no campo correto é imprescindível.
4. A empresa deverá informar ao Organismo de Ligação qualquer alteração no contrato de trabalho, inclusive retorno antecipado ao Brasil.
5. Dúvidas podem ser encaminhadas para:
e-mail: certificadosdesloc11001140@inss.gov.br ou Whatsapp: (31) 98404-8676