

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, 7 ^a , 7b, 8 |
| <input type="checkbox"/> Exceção / Exception | Especificar/To specify : _____ |

1	INSTITUIÇÃO COMPETENTE OU ORGANISMO DE LIGAÇÃO DESTINATARIO / 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 Primeiro nome / First name	Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last name	
Nome da mãe / Mother's name Primeiro nome / First name	Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last 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): _____ / _____ / _____

BRA - USA 01

Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil / Brazilian Individual Taxpayer Registration: [Redacted]			
Número de Identificação do Trabalhador- NIT no Brasil / Brazilian Worker's Identification Number – NIT: [Redacted]			
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 AMÉRICA / DATA OF THE COMPANY IN UNITED STATES OF AMÉRICA

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.

BRA - USA 01

6	DECLARAÇÃO DO REQUERENTE / APPLICANT STATEMENT
<p>Eu declaro que as informações constantes nesta solicitação são verdadeiras, completas e de meu conhecimento e comprometome 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.</p> <p>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.</p>	
LOCAL E DATA DA ASSINATURA	
Local / Place: _____ 	
Data da solicitação (dd/mm/aaaa) / Date of Application (dd/mm/yyyy) 	
ASSINATURA DO REPRESENTANTE DA EMPRESA OU DO TRABALHADOR POR CONTA PRÓPRIA (CONTRIBUINTE INDIVIDUAL)	
Assinatura do requerente / Applicant signature 	

A SECÃO 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