

## INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO BRA-USA-02

BRA - USA 02

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

### RETIFICAÇÃO DO CERTIFICADO DE DESLOCAMENTO TEMPORÁRIO RECTIFICATION OF TEMPORARY DETACHMENT CERTIFICATE

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::

- ☐ Trabalhador assalariado / Employed person
- ☐ Trabalhador autônomo / Self-employed person
- ☐ Exceção / Exception

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			
2.1. Nome do Segurado / Insured's name Primeiro nome / First name		Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last name
2.2. Local do Nascimento / Birthplace	1.3. Data de Nascimento (dd/mm/aaaa) / Date of Birth (dd/mm/yyyy): / /		
2.4. Profissão ou atividade/ Profession or activity:			
2.5. Documento de identificação brasileiro / Brazilian identity document:	Tipo / Type:	Número / Number:	Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy) : / /
2.6. Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil / Brazilian Individual Taxpayer Registration: / / / /			

## 2.7. 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 DO CERTIFICADO INICIAL / INITIAL DATA OF CERTIFICATION:

## 3.1. Dados do Deslocamento inicial solicitado / Data of Initial Detachment applied:

Nome do Empregador para o qual o trabalhador foi deslocado / Company Name which the employee was displaced:


Período de deslocamento solicitado anteriormente / Date displacement previously applied:

De/From : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Até/Until : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)

## 3.2. Data do retorno antecipado / Date of early return \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)

## 3.3. Motivo do Retorno Antecipado / Reason for early return:


## 4 CERTIFICADO/CERTIFICATE

CERTIFICA que o certificado expedido para o período: / CERTIFY that the certificate for the period:

De / from: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ até / until \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)

que autoriza a vinculação do trabalhador ao Estado Contratante de origem, devido ao retorno antecipado do trabalhador, fica retificado, passando a ter validade para o período: / which authorizes linking the worker to the Contracting State of origin, due to the early return of the employee, is rectified, starting to be valid:

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

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

LOCAL E DATA DA ASSINATURA

Carimbo / Stamp

Assinatura / Signature

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

5	ORGANISMO DE LIGAÇÃO DO PAÍS DE ORIGEM/ LIASON AGENCIES OF THE COUNTRY OF ORIGIN
Denominação/Name :	
Endereço/Address :	<b>A SEÇÃO 5 NÃO DEVE SER PREENCHIDA</b>
Telefone/Telephone :	
E-mail:	
Local e Data (dd/mm/aaaa) / Place and Date (dd/mm/yyyy):	
	<b>LOCAL E DATA</b>
Carimbo / Stamp	Assinatura / Signature
<b>ASSINATURA DO ORGANISMO DE LIGAÇÃO (INSS)</b>	

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

**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](mailto:certificadosdesloc11001140@inss.gov.br) ou Whatsapp: (31) 98404-8676