

## 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 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			
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: ____ / ____ / ____ / ____ / ____			

BRA - USA 02

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:

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

BRA - USA 02

### 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 : _____ Telefone/Telephone : _____ E-mail: _____	
<b>A SEÇÃO 5 NÃO DEVE SER PREENCHIDA</b>	
Local e Data (dd/mm/aaaa) / Place and Date (dd/mm/yyyy): _____ / _____ / _____ <div style="text-align: center; background-color: #ffff00; border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>LOCAL E DATA</b> </div>	
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