

**ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE A REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL E A REPÚBLICA DA
ÍNDIA**

**AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN THE FEDERATIVE REPUBLIC OF BRAZIL AND
REPUBLIC OF INDIA**

CERTIFICADO DE COBERTURA / CERTIFICATE OF COVERAGE

Para aplicação do Artigo 11 do Acordo / For the purpose of Article of the Agreement
Ajuste Administrativo artigo 11 /Administrative Arrangement Article

**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

Exceção / Exception

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

| 2 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR / WORKER'S DETAILS | | | |
|--|--|---|-----------------|
| Nome do Segurado / Insured's name Primeiro nome / First name | | Nome do meio / Middle name | |
| Nome da mãe / Mother's name Primeiro nome / First name | | Nome do meio / Middle 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: | | 1 Admissão (dd/mm/aaaa) / Admission (dd/mm/yyyy): ____ / ____ / ____ | |
| 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: <input type="text"/> <input type="text"/> | | | |

| | | | |
|--|------------------------------|--|--|
| 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 NA ÍNDIA / DATA OF THE COMPANY IN INDIA | |
| 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 artigo 11 do Acordo de Previdência Social firmado entre o Brasil e a Índia, conforme abaixo especificado:

CERTIFIES that the worker identified in Table 2 is subjected to Brazil's legislation under the provisions the article 11 of the Social Security Agreement signed between Brazil and India, as specified below:

- § 2 do artigo 11 /§ 2 Article11 Desde / From to _____ / _____ / _____ até / to _____ / _____ / _____
- § 3 do artigo 11 /§ 3 Article11 Desde / From to _____ / _____ / _____ até / to _____ / _____ / _____
- Artigo 12 – /Article12 Desde / From to _____ / _____ / _____ até / to _____ / _____ / _____

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

Carimbo / Stamp

Assinatura / Signature

| | |
|--|--|
| 6 | INSTITUIÇÃO COMPETENTE OU ORGANISMO DE LIGAÇÃO DO PAÍS DE ORIGEM / COMPETENT INSTITUTION OR LIAISON BODY OF THE COUNTRY |
| Denominação / Name : | |
| Endereço / Address : | |
| Telefone / Celular / Telephone / Cellphone : | |
| E-mail: | |

INSTRUÇÕES / INSTRUCTIONS

Este documento é emitido em quatro exemplares. Dois exemplares são enviados ao empregador que fica encarregado de transmitir um deles ao trabalhador, outro é conservado pela instituição expedidora e o último é enviado ao organismo de ligação do outro Estado.

This document is issued in four copies. Two copies are sent to the employer who is in charge of transmitting one to the employee, the other is kept by the sending institution and the latter is sent to the liaison body of the other State.

**No quadro 2 registrar a data de admissão do trabalhador na empresa brasileira que está requerendo o deslocamento.
In the table 2, record the date of admission of the worker in the Brazilian company that is requesting the displacement.**