

**ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE A REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL E O CANADÁ  
AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN THE FEDERATIVE REPUBLIC OF BRAZIL AND CANADA**

**SOLICITAÇÃO DE EXCEÇÃO/PRORROGAÇÃO DE DESLOCAMENTO TEMPORÁRIO /  
REQUEST FOR EXCEPTION/EXTENSION OF TEMPORARY DETACHMENT**

Para aplicação do Artigo 9º do Acordo / To application of Article 9º of the Agreement

**A SER PREENCHIDO PELA EMPRESA OU PELO TRABALHADOR AUTÔNOMO SOLICITANTE /  
TO BE COMPLETED BY THE APPLICANT COMPANY OR SELF-EMPLOYED PERSON:**

O trabalhador designado no quadro 1 trata-se de / The Worker identified in section 1 is::

Trabalhador assalariado / Employed person

Trabalhador autônomo / Self-employed person

1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR / WORKER'S PERSONAL DATA			
1.1. Nome do Segurado / Insured's name Primeiro nome / First name		Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last name
1.2. Nome da mãe / Mother's name Primeiro nome/First name		Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last name
1.3. Local do Nascimento / Birthplace		1.4. Data de Nascimento (dd/mm/aaaa) / Date of Birth (dd/mm/yyyy): ____/____/____	
1.5. Sexo / Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
1.6. Nacionalidade / Nationality:			
1.7.- Estado Civil* / Marital Status*:			
1.8-Profissão / Occupation :			
1.9. Documento de identificação brasileiro / Brazilian identity document:	Tipo / Type:	Número / Number:	Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy) : ____/____/____
1.10. Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil / Brazilian Individual Taxpayer Registration:  _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _			
1.11. Número de Identificação do Trabalhador- NIT no Brasil / Brazilian Worker's Identification Number – NIT:  _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _			
1.12. 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:
E-mail:	

\*Quando se tratar de mulher casada, informar o nome e o sobrenome de solteira / If married woman, also include maiden name: \_\_\_\_\_

## 2 - DADOS DO DESLOCAMENTO INICIAL / DETACHMENT DATA INITIAL

2.1. Data inicial de Deslocamento / Inicial date of Detachment:

de / from \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a / to \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)

Em caso de fracionamento do período inicial informar a data do início do deslocamento / In case of fractionation of the initial period, please provide to the start date of travel : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2.2. Atividades executadas / Activities executed:

---



---



---

## 3 - O TRABALHADOR CONTINUA PRESTANDO SERVIÇO PARA O SEGUINTE EMPREGADOR / THE EMPLOYEE WILL WORK IN FOLLOWING COMPANY/ FOLLOWING ADDRESS

3.1. Nome ou Razão Social / Legal Name:

3.2. CNPJ / National Registry of Legal Entities (CNPJ):

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

3.4. Atividade Principal / Main Activity:

3.5. 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 – SOLICITAÇÃO / REQUEST**

4.1. **Solicita** a continuação da vinculação na Previdência Social brasileira do trabalhador identificado no quadro 1 com fundamento no Artigo 9º do Acordo: / **Calls** for continued binding in Brazilian Social Security worker identified in section 1, based on the Article 9 Agreement:

Pelo período compreendido: / For the period:

de / from \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a / to \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)

4.2. Atividades a serem executadas: / Activities to be performed:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**5- DADOS DO EMPREGADOR SOLICITANTE NO BRASIL/ REQUEST COMPANY DATA IN BRAZIL**

5.1. Nome ou Razão Social / Legal Name:

5.2. CNPJ / National Registry of Legal Entities (CNPJ):

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

5.4. Atividade Principal / Main Activity:

5.5. 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:

**6 - A CARGO DA EMPRESA OU TRABALHADOR AUTÔNOMO SOLICITANTE / CHARGED TO APPLICANT COMPANY OR SELF-EMPLOYED PERSON**

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

\_\_\_\_\_  
 Carimbo / Stamp

\_\_\_\_\_  
 Assinatura / Signature

## Instruções / Instructions

- 1) O formulário deverá ser preenchido pela Empresa ou trabalhador autônomo em duas vias em letra de imprensa. / The form must be completed by the Company or self-employed person in two copies with printed letter
- 2) Deverá ser enviado ao Organismo de Ligação Competente em Brasília, no endereço abaixo, ou entregar em uma Agência da Previdência Social de sua preferência, com trinta dias de antecedência do término do deslocamento inicial, anexando uma via da certificação do deslocamento inicial. / The form should be submitted to the Liaison agency of Brasilia, the address below, or send in a Agency of Social Security you prefer, thirty days prior to the completion of the initial displacement, attached one copy of the certificate of the initial displacement.  
  
Agência da Previdência Social Atendimento de Acordos Internacionais Brasília-DF  
Endereço: SCRS Quadra 502, Bloco B, Lotes 08 a 12, 1º andar  
Brasília – Distrito Federal - Brasil  
CEP: 70.330-520
- 3) O Organismo de Ligação do país de origem expedirá o certificado a pedido da empresa ou do trabalhador autônomo, somente após prévio consentimento da autoridade competente do país de destino, remetendo duas vias ao solicitante (um para o trabalhador outro para o empregador) e outra ao organismo de ligação do país de destino. / The Liaison of the country of origin shall issue the certificate to the company's requestor or self-employed person, only after prior consent of the competent authority of the country of destination, sending two copies to the requestor (for one worker to another employer) and another to the liaison body of the country target.
- 4) O trabalhador conservará o formulário com objetivo de comprovar sua situação perante a Segurança Social no país de destino. / The employee shall retain the form in order to prove his situation before Social Security in the destination country.
- 5) A Empresa ou trabalhador autônomo deve comunicar ao Organismo de Ligação brasileiro qualquer alteração ocorrida no contrato de trabalho ou retorno antecipado do trabalhador / The Company or self-employed person must notify the liaison group of brazilian any change in the employment contract or early return of the employee.