

**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 DESTINATÁRIO / COMPETENT INSTITUTION OR RECIPIENT LIAISON AGENCIES
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	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): ____/____/____

Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil / Brazilian Individual Taxpayer Registration:															
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td> </tr> </table>															
Número de Identificação do Trabalhador- NIT no Brasil / Brazilian Worker's Identification Number – NIT:															
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td> </tr> </table>															
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 ____ / ____ / ____.

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

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)

6.2. Atividades executadas/ Activities Performed

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:

INSTRUÇÕES / INSTRUCTIONS

O formulário deverá ser preenchido pela Empresa em quatro (4) vias em letra de imprensa. 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.

Deverá ser apresentado ao organismo de ligação do Estado Contratante onde a empresa tem sua sede com 30 dias de antecedência da ocorrência do deslocamento do trabalhador.

O trabalhador conservará o formulário com objetivo de comprovar sua situação perante a Segurança Social no país de destino.

Instructions

The form must be filled by the Company in four (4) copies with printed letter. 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.

The form should be presented to the Liaison agency of the Country where the employer headquarter is within 30 days prior to the occurrence of the event.

The employee shall keep the form in order to prove their situation to the Social Security in the destination country.