

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:

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: <table border="1" style="width:100%; height:20px;"> <tr> <td style="width:25%;"> </td> <td style="width:25%;"> </td> <td style="width:25%;"> </td> <td style="width:25%;"> </td> </tr> </table>							

2.7. 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 DO CERTIFICADO INICIAL / INITIAL DATA OF CERTIFICATION:		
<p>3.1. Dados do Deslocamento inicial solicitado / Data of Initial Detachment applied:</p> <table border="0"> <tr> <td style="width: 50%;"> Nome do Empregador para o qual o trabalhador foi deslocado / Company Name which the employee was displaced: _____ _____ </td> <td style="width: 50%;"> Período de deslocamento solicitado anteriormente / Date displacement previously applied: De/From : ____/____/____ Até/Until : ____/____/____ (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy) </td> </tr> </table>	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)
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)	
<p>3.2. Data do retorno antecipado / Date of early return ____/____/____ (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)</p>		
<p>3.3. Motivo do Retorno Antecipado / Reason for early return:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		

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): _____, ____/____/____.

_____ Carimbo / Stamp

_____ Assinatura / Signature

5 ORGANISMO DE LIGAÇÃO DO PAÍS DE ORIGEM/ LIASON AGENCIES OF THE COUNTRY OF ORIGIN

Denominação/Name :

Endereço/Address :

Telefone/Telephone :

E-mail:

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

_____ Carimbo / Stamp

_____ Assinatura / Signature