

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL
ENTRE LA REPUBLICA DE CHILE Y LA
REPUBLICA FEDERATIVA DE BRASIL

ACORDO DE SEGURIDADE SOCIAL
ENTRE A REPÚBLICA DE CHILE E A
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

PRORROGA DEL PERIODO DE DESPLAZAMIENTO / PRORROGAÇÃO DO PERÍODO DE DESLOCAMENTO

Artículo 7° del Convenio / Artigo 7° do Acordo

DE: / DE

A: / PARA

INSTRUCCIONES: / INSTRUÇÕES

- a). El formulario debe ser llenado a máquina o letra imprenta.
- a). O formulário deve ser preenchido a máquina ou letra de forma.

[Grid for professional registration number]

NÚMERO DE INSCRIPCIÓN DE CARTERA PROFESIONAL
DEL ASEGURADO EN BRASIL
NÚMERO DE INSCRIÇÃO DA CARTEIRA PROFISSIONAL
DO SEGURADO NO BRASIL

[Grid for national ID number]

CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD O R.U.I. EN CHILE
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE OU R.U.T. NO CHILE

[Grid for INSS registration number]

NÚMERO DE INSCRIÇÃO EN EL I.N.S.S.
NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO INSS

1. TRABAJADOR / SEGURADO

NOMBRE COMPLETO / NOME COMPLETO

FECHA NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO

SEXO / SEXO

MASCULINO / MASCULINO

FEMENINO / FEMININO

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE

PROFESION / PROFISSÃO

DIRECCION COMPLETA / ENDEREÇO COMPLETO

(Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, Estado, País, email) / (Rua, Número, CEP, Cidade, Estado, País, email)

2. EMPRESA QUE ENVÍA / EMPRESA QUE ENVIA

NOMBRE O RAZON SOCIAL / NOME OU RAZÃO SOCIAL	
DIRECCION / ENDEREÇO (Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, Estado, País) / (Rua, Número, CEP, Cidade, Estado, País)	
ROL UNICO TRIBUTARIO EN CHILE DE LA EMPRESA ROL ÚNICO TRIBUTÁRIO NO CHILE DA EMPRESA	Nº DE CADASTRO NACIONAL DE PERSONAS JURIDICAS (CNPJ) NO BRASIL Nº DE CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA (CNPJ) NO BRASIL
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA	TIMBRE O SELLO DE LA EMPRESA/ CARIMBO OU SINETE DA EMPRESA
FECHA/ DATA	

3. SOLICITUD DE PRÓRROGA DEL PERÍODO DE DESPLAZAMIENTO / SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DO PERÍODO DE DESTINAÇÃO

EL TRABAJADOR INDIVIDUALIZADO EN EL CUADRO 1., SEGUIRÁ SOMETIDO A LA LEGISLACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL DEL PAÍS :		
O TRABALHADOR ESPECIFICADO NO QUADRO 1 SEGUIRÁ SUBMETIDO À LEGISLAÇÃO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DO PAÍS:		
<input type="checkbox"/> BRASIL / BRASIL	<input type="checkbox"/> CHILE / CHILE	
A. Período de desplazamiento inicial A. Período de deslocamento inicial	DESDE / DE	HASTA / ATÉ
B. Solicitud de Prórroga (1) B. Solicitação de prorrogação (1)	DESDE / DE	HASTA / ATÉ
EL TRABAJADOR ES DESTINADO PARA DESEMPEÑARSE EN: / O TRABALHADOR ESTÁ DESTINADO PARA TRABALHAR EM:		
NOMBRE DE LA EMPRESA DE DESTINO / NOME DA EMPRESA DE DESTINO		
DIRECCION / ENDEREÇO (Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, Estado, País, email) / (Rua, Número, CEP, Cidade, Estado, País, email)		

NOTA : (1) Según lo establecido en el Art.7°, Párrafo 2° del Convenio, el plazo máximo de Prórroga será de 2 años.

OBS.: (1) Conforme o establecido no Art.7°, Parágrafo 2° do Acordo, o prazo máximo de Prorrogação será de 2 anos.

**4. DEBERÁ COMPLETAR LA AUTORIDAD COMPETENTE DEL PAÍS DE DESTINO
DESTINADO À AUTORIDADE COMPETENTE DO PAÍS DE DESTINO**

Declaramos conforme a lo establecido en el Art. 7°, Párrafo 2° del Convenio:

Declaramos conforme o establecido no Art. 7°, Parágrafo 2° do Acordo:

Estar de acuerdo
Estar de acordo

No estar de acuerdo
Não estar de acordo

en que el trabajador referido en el cuadro 1, siga sometido a la legislación de la Seguridad Social de:
em que o trabalhador referido no quadro 1 siga submetido à legislação de Previdência Social de:

BRASIL / BRASIL

CHILE / CHILE

Durante el período de Prórroga :

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

Durante o periodo de Prorrogação :

DESDE / DE

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

HASTA / ATÉ

AUTORIDAD COMPETENTE QUE OTORGA SU CONFORMIDAD:

AUTORIDADE COMPETENTE QUE OUTORGA SUA CONFORMIDADE:

NOMBRE / NOME

DIRECCION / ENDEREÇO

(Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, Estado, País, email) / (Rua, Número, CEP, Cidade, Estado, País, email)

FIRMA / ASSINATURA

TIMBRE O SELLO / CARIMBO OU SINETE

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

FECHA / DATA

INSTRUCCIONES: / INSTRUÇÕES

(*) Una vez que el empleador complete el presente formulario de Prórroga, éste será enviado por el Organismo de Enlace del país de origen, a la Autoridad Competente del país de destino.

Esta Autoridad Competente dará su conformidad o disconformidad en el mismo, y deberá enviar:

- dos copias del formulario a la Empresa solicitante (una para la Empresa y la otra para el trabajador), y
- una copia al Organismo de Enlace del país de origen.

El trabajador conservará el formulario, con el fin de acreditar su situación ante la Seguridad Social en el país de destino.

(*) Uma vez que o empregador complete o presente formulário de Prorrogação, este será enviado pelo Organismo de Ligação do país de origem à autoridade competente do país de destino.

Essa Autoridade Competente dará sua conformidade ou desconformidade no mesmo e deverá encaminhar:

- duas cópias do formulário à Empresa solicitante (uma para a Empresa e a outra para o trabalhador), e**
- cópia ao Organismo de Ligação do país de origem.**

O trabalhador conservará o formulário com o fim de autenticar sua situação ante a Previdência Social do país de destino.
