

**CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ESPAÑA Y BRASIL  
CONVENIO DE SEGURANÇA SOCIAL ENTRE ESPANHA E BRASIL**

EJERCICIO DEL DERECHO DE OPCIÓN. CERTIFICADO RELATIVO A LA LEGISLACIÓN APLICABLE  
*EXERCICIO DO DIREITO DE OPÇÃO. CERTIFICADO RELATIVO A LEGISLAÇÃO APLICAVEL*  
Artículos 7.6 y 7.7 del Convenio / *Artigos 7.6 e 7.7 do Convênio*

**A.- A CUMPLIMENTAR POR EL TRABAJADOR/A PREENCHIR PELO TRABALHADOR**

**1 INSTITUCIÓN O AUTORIDAD DESTINATARIA/INSTITUIÇÃO OU AUTORIDADE DESTINATARIA (1)**

- 1.1 Denominación/*Denominação*: .....
- 1.2 Dirección/*Endereço* (2): .....
- .....

**2 OPCIÓN. El abajo firmante/OPÇÃO. O abaixo assinado**

- 2.1 Apellido(s)/*Sobrenome* (3) .....
- 2.2 Nombre/*Nome* ..... Apellido(s) de soltera/*Sobrenome (s) de solteira* (3 bis) .....
- 2.3 Fecha de nacimiento/*Data de nascimento* ..... Nacionalidad/*Nacionalidade* ..... D.N.I.(4) .....
- 2.4 Dirección habitual/*Endereço* (2): .....
- 2.5 Número de afiliación/*Número de inscrição*: .....

**3 DATOS DE LA ACTIVIDAD LABORAL/DADOS DA ATIVIDADE LABORAL**

- Ocupado desde/*Trabalha desde*: .....
- 3.1 en calidad de/*na qualidade de* (5): .....  
en la misión diplomática o consular que se indica a continuación/*na missão diplomática ou consular*:  
.....
- 3.2 en calidad de/*na qualidade de* (5): .....  
al servicio particular del empleador/*a serviço particular do funcionário* (6): .....  
de la misión diplomática o consular que se indica a continuación/*da seguinte missão diplomática ou consular*:  
.....

**4 DECLARACIÓN DE OPCIÓN/DECLARAÇÃO DE OPÇÃO**

- Declara optar por quedar sometido a la legislación de/*Declara optar pela legislação de* (7): .....
- 4.1 Lugar y fecha /*Local e data*: .....
- 4.2 Firma/*Assinatura*: .....

**B.- A CUMPLIMENTAR POR EL EMPLEADOR/A PREENCHIR PELO EMPREGADOR****5 EMPLEADOR/EMPREGADOR <sup>(8)</sup>**5.1 Misión diplomática o consular/*Missao diplomática ou consular*Sello / *Carimbo*Fecha / *Data*: .....Firma/*Assinatura*: .....5.2 Empleador / *Funcionário*: .....Fecha / *Data*: .....Firma / *Assinatura*: .....**C.- A CUMPLIMENTAR POR LA AUTORIDAD DESTINATARIA/  
A PREENCHIR PELA AUTORIDADE DESTINATARIA****6 INSTITUCIÓN COMPETENTE DEL PAÍS A CUYA LEGISLACIÓN QUEDA SOMETIDO EL TRABAJADOR  
INSTITUIÇÃO OU AUTORIDADE DO PAIS SOB CUJA LEGISLAÇÃO FICA SUBMETIDO O TRABALHADOR**6.1 Denominación/*Denominação*: .....6.2 Dirección/*Endereço* (2): .....6.3 Sello / *Carimbo*6.4 Fecha / *Data*: .....6.5 Firma / *Assinatura*: .....**INSTRUCCIONES/INSTRUÇÕES**

El trabajador cumplimentará la parte A de este formulario en tres ejemplares que entregará a su empleador. Éste cumplimentará la parte B y los remitirá a la Institución o Autoridad destinataria. Ésta cumplimentará la parte C y enviará un ejemplar a la Institución o Autoridad de la otra Parte, devolviendo dos ejemplares al empleador, el cual entregará un ejemplar al asegurado/O *trabalhador preencherá a parte A deste formulário em três exemplares e os entregará ao seu empregador. Este complementará a parte B e os remeterá à Instituição ou Autoridade destinataria. Esta complementará a parte C e enviará um exemplar para a Instituição ou Autoridade da outra Parte, devolvendo dois exemplares ao empregador o qual entregara um exemplar ao segurado.*

El trabajador desplazado deberá solicitar también el formulario de asistencia sanitaria en casos de estancia temporal/ *O trabalhador destacado deverá solicitar também o formulário de assistência sanitaria em caso de estancia temporaria.*

**NOTAS/NOTAS****(1) INSTITUCIÓN DESTINATARIA/INSTITUIÇÃO DESTINATARIA**

- **Si se opta por la legislación española/Se opta pela legislação espanhola:** Tesorería General de la Seguridad Social -Subdirección General de Afiliación y Procedimientos Especiales- C/ Astros, 5-7 -28007 MADRID

- **Si se opta por la legislación brasileña** y se trata de personas empleadas al servicio de una Misión Diplomática o Consular /*Para quem optar pela legislação brasileira tratando-se de pessoas empregadas em uma Missao Diplomática ou Consular: Ministério das Relações Exteriores - Esplanada dos Ministérios -Itamaraty, Anexo I -Brasília/DF.Cep 70.170-900-* y si se trata de una persona al servicio particular de un funcionario de una Misión Diplomática o Consular *tratando-se de uma pessoa, a serviço particular de um funcionario de uma Missao Diplomática ou Consular: Instituto Nacional do Seguro Social, Divisão de Convênios e Acordos. -Esplanada dos Ministérios, bloco F, anexo MPAS -2º andar- ala B. sala 242 Brasília/DF. Cep.70.059-605.*

(2) Indicar calle, número, código postal, localidad, país./*Indicar rua, número, caixa postal, cidade, país.*

(3) Para los nacionales españoles, indicar los apellidos de nacimiento./*Para nacionais espanhóis indicar os dois pelo sobrenomes.*

(3bis) Sólo para trabajadoras no españolas/*Somente para trabalhadoras nao espanholas.*

(4) Para los nacionales españoles, indicar el número del documento nacional de identidad (DNI), aunque esté caducado. Para nacionales brasileños indicar CPF o CI./*Para os Nacionais Espanhóis, indicar o número da carteira nacional de Identidade (DNI), mesmo que esteja inválida. Para os nacionais brasileiros indicar CPF ou CI.*

(5) Indicar calidad del empleo: administrativo, traductor, cocinero, chófer, etc./*Indicar a qualidade do emprego: administrativo, tradutor,ozinheiro, motorista, etc.*

(6) Indicar nombre y apellidos del empleador./*Indicar nome e sobrenome do empregador.*

(7) Indicar España o Brasil según proceda./*Indicar Espanha ou Brasil,segundo procede.*

(8) Cumplimentar los puntos 5.1 ó 5.2, según proceda./*Complementar os pontos, 5.1 ou 5.2, segundo procede.*