

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ESPAÑA Y BRASIL
CONVENIO DE SEGURIDADE SOCIAL ENTRE ESPANHA E BRASIL

PRORROGA DE DESPLAZAMIENTO/PRORROGAÇÃO DE DESLOCAMENTO
Artículo 7.1 del Convenio / Artigo 7.1 do Convenio

A.- DEBERA SER CUMPLIMENTADO POR EL EMPRESARIO
DEVERA SER PREENCHIDO PELO EMPRESARIO

1 INSTITUCION COMPETENTE DEL PAIS DE EMPLEO/INSTITUIÇÃO COMPETENTE DO PAÍS EMPREGADOR
1.1 Denominación/Denominação:
1.2 Dirección/Endereço (2):

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

3 El trabajador anteriormente indicado ha estado desplazado según el artículo 7.1 del Convenio
O trabalhador anteriormente indicado tem sido deslocado segundo o artigo 7.1 do Convenio
3.1 durante el período del/ durante o período de al/a
3.2 en el siguiente establecimiento (datos de la empresa de destino)/no seguinte estabelecimento (empresa de destino):
3.3 Nombre o razón social/ Nome ou razão social:
3.4 Dirección/Endereço (2):

4 El trabajador presentó una certificación sobre la legislación aplicable (formulario E/B-1)
O trabalhador apresentou uma certidão sobre a legislação aplicável (E/B-1)
4.1 expedida por la institución siguiente (nombre y dirección)/ expedida pela instituição seguinte (nome e endereço)(2)
4.2 el/o, válida hasta el/ válida até

5 Solicita que continúe sujeto a la legislación de Seguridad Social del país
Solicita que continue sujeito à legislação de Seguridade Social do país
5.1 Durante el período del/ durante o período de al/o

6 DATOS DE LA EMPRESA DE ORIGEN /DADOS DA EMPRESA DE ORIGEM
6.1 Nombre o razón social/ Nome ou razão social:
6.2 Dirección/Endereço (2):
6.3 Sello/Carimbo 6.4 Fecha/Data:
6.5 Firma/Assinatura:

**B.- DEBERA CUMPLIMENTARLO LA INSTITUCION COMPETENTE DEL PAIS DE EMPLEO  
DEVERA SER PREENCHIDO PELA INSTITUICAO COMPETENTE DO PAIS EMPREGADOR**

**7 Declaramos/Declaramos**

7.1  estar de acuerdo/*estar de acordo*  no estar de acuerdo/*nao estar de acordo*

en que el trabajador mencionado en el recuadro 2 siga sometido a la legislación de Seguridad Social  
*que o trabalhador mencionado no quadro 2 fique sujeito à legislação da Seguridade Social*

del país/*dopaís*  (1)

durante el periodo del/*durante o período de* ..... al/a ..... (5)

**8 INSTITUCION COMPETENTE DEL PAIS DE EMPLEO/INSTITUICAO COMPETENTE DO PAIS EMPREGADOR**

8.1 Denominación/*Denominação*: .....

8.2 Dirección/*Endereço* (2): .....

.....

8.3 Sello/*Carimbo*

8.4 Fecha/*Data*: .....

8.5 Firma/*Assinatura*: .....

**INSTRUCCIONES/INSTRUÇÕES**

El formulario deberá cumplimentarse con caracteres de imprenta utilizando únicamente las líneas de puntos. / *O formulário deverá ser preenchido com letra de forma, utilizando unicamente as linhas pontificadas.*

Cumplimentada la parte A del mismo por el empresario, en cuadruplicado ejemplar, será enviado por la Institución competente del país asegurador a la Institución competente del país de destino. / *Uma vez cumprida a parte A do mesmo pelo empresario, em quatro exemplares, esses serao enviados pela Instituição Competente do país Assegurador à Instituição Competente do país de destino.*

Esta última Institución cumplimentará la parte B del formulario y remitirá 2 ejemplares a la empresa solicitante y otro a la Institución competente del país asegurador, conservando el cuarto para su constancia. / *Esta última Instituição preencherá a parte B do formulário e remeterá 2 vias à empresa solicitante e outro à Instituição Competente do país assegurado, conservando um quarto para seu próprio controle.*

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 sanitária (saúde) em caso de estadia temporária.*

**A) Institución competente en España/Instituição competente na Espanha**

Tesorería General de la Seguridad Social. - Subdirección General de Afiliación y Procedimientos Especiales.  
C/ Astros, 5 y 7 - 28007 MADRID.

**B) Institución competente en Brasil/Instituição competente no Brasil**

Instituto Nacional de Seguro Social. - Divisao de Convênios e Acordos Internacionais (INSS) -  
Esplanada dos Ministérios bloco F Anexo MPAS - 2º andar - BRASILIA / DF. Cep 70059-605

**NOTAS/NOTAS**

- (1) Siglas del país: B = Brasil; E = España. / *Sigla do país: B=Brasil; E=Espanha.*
- (2) Indicar calle, número, código postal, localidad y país. / *Indicar rua, número, caixa postal, cidade e país.*
- (3) Para los nacionales españoles indicar los apellidos de nacimiento. / *Para os Nacionais Espanhóis indicar os sobrenomes do nascimento.*
- (3bis) Para trabajadoras no españolas. / *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) Este período no puede exceder de dos años. / *Este período nao pode exceder-se por mais de dos anos.*