

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 ⁽⁸⁾**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 entregará 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, Cotización y Gestión del Sistema RED- 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.*