

Certificado de prórroga de desplazamiento temporal
Certificado da prorrogação do deslocamento temporário

Trabajadores que ejercen una actividad por cuenta ajena o dependiente
 Trabalhadores que exercem uma atividade por conta de outrem ou dependente

Aplicación del apartado a) del artículo 10 del Convenio y 7 del Acuerdo
Aplicação do alinea a) do artigo 10 do Convenção e 7 do Acordo

A cumplimentar por la empresa / A preencher pela empresa

I Datos identificativos del trabajador / Dados de identificação do trabalhador

Apellido (s) / Sobrenome (s) (1)		Apellido de soltera/ Sobrenome de solteira (2)		Nombre(s) / Nome(s)	
Nombre(s) del padre / Nome (s) do pai			Nombre(s) de la madre / Nome(s) da mãe		
Fecha de nacimiento / Data de nascimento ____ / ____ / ____		Sexo : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Lugar de nacimiento/ Local de nascimento		
Estado/Provincia/Departamento/Región		País		Nacionalidad / Nacionalidade	
Documento de identificación / Documento de identificação	Tipo	Número	Fecha de expedición/ Data de expedição	País de expedición/País de expedição	
Nº de afiliación/Inscrição Nº de Seguridad Social/Nº de Inscrição do Trabalhador(3)		Profesión o actividad/ Profissão ou atividade		Estado civil (4)	
Dirección en el País de Origen /Endereço no País de Origem:					
Calle/Rua _____ nº _____ Piso/Depto: _____					
Localidad/Localidade: _____ C.P. /CEP: _____					
Provincia/Estado/ Departamento /Región _____					
País _____					
Nº de teléfono / Telefone: _____ Correo electrónico/E-mail: _____					
Otras informaciones/Outras Informações (5):					

II Datos identificativos de la empresa del País de Origen/**Dados de identificação da empresa do país de Origem.**

Nombre o Razón Social / Nome ou Razão Social:	

Nº de Identificación o Inscripción/CNPJ	Actividad principal / Atividade principal
_____	_____
Dirección/Endereço:	
Calle/Rua _____ nº _____	
Piso/Depto: _____	
Localidad/Localidade: _____	
C.P. /CEP: _____	
Provincia/Estado/ Departamento /Región	

País _____	
Nº de teléfono / Telefone: _____	
Correo electrónico/E-mail: _____	

III Datos de la prórroga / Dados da prorrogação

El trabajador citado en el punto I fue desplazado a la empresa que se indica a continuación, según el certificado emitido el _____, para el periodo comprendido entre el _____ y el _____ /

O trabalhador citado no ponto I foi deslocado para a empresa indicada abaixo, segundo certificado emitido em _____ para o período compreendido entre _____ e _____

Por lo tanto, se solicita la prórroga de la sujeción del mismo a la legislación del Estado Parte de origen por el periodo comprendido entre el _____ y el _____ /

Por tanto se solicita a prorrogação da sujeição do mesmo à legislação do Estado Parte de origem, pelo periodo compreendido entre _____ e _____

Empresa de destino / Empresa de destino:

Nombre o Razón Social / Nome ou Razão Social

Nº de Identificación o Inscripción/CNPJ

Actividad / Atividade principal

Dirección/Endereço:

Calle/Rua _____ nº _____

Piso/Depto: _____ Localidad/Localidade: _____ C.P. /CEP: _____

Provincia/Estado/ Departamento /Región _____

País _____ Nº de teléfono / Telefone: _____

Correo electrónico/E-mail: _____

Lugar y fecha en que el empleador del país de origen efectúa la solicitud/
Lugar e data em que o empregador do país de origem efetua a solicitação

Firma del empleador del país de origen/
Assinatura do empregador no país de origem

Sello y firma / Carimbo e assinatura

A cumplimentar por el Organismo de Enlace o Institución Competente del País de Origen
A preencher pelo Organismo de Ligação ou Instituição Competente do País de Origen

IV Institución Competente del Estado Parte de origen
Instituição Competente do Estado Parte de origem

Solicitud de Prórroga / Solicitação de prorrogação

Denominación / Denominação
Dirección / Endereço
<p>Solicita que el trabajador citado continúe sujeto a su legislación, durante la prórroga del desplazamiento, por el periodo desde _____ hasta _____ .</p> <p>Solicita que o trabalhador citado continue sujeito á sua legislação, durante a prorrogação do deslocamento, pelo período desde _____ até _____ .</p>
Lugar y fecha / Local e data:

Sello / Carimbo
Firma / Assinatura

País de Origen / País de Origen:

País de Destino / País de Destino:

**A cumplimentar por el Organismo de Enlace o Institución Competente del País de Destino
A preencher pelo Organismo de Ligação ou Instituição Competente do País de Destino**

V Autoridad Competente u Organismo de Enlace
Autoridade Competente ou Organismo de Ligação

Denominación / Denominação	
Dirección / Endereço	
Declara: <input type="checkbox"/> Estar de acuerdo/ Estar de acordo Y autoriza a que el trabajador citado siga sujeto a la legislación de la Seguridad Social de _____ durante el periodo desde _____ hasta _____ E autoriza a que o trabalhador anteriormente citado continúe sujeto á legislação de Segurança Social de _____ durante o período desde _____ até _____ <input type="checkbox"/> No estar de acuerdo/ Não estar de acordo	
Lugar y fecha / Local e data: _____	
Sello / Carimbo	Firma / Assinatura _____

Del País de Origen / Do País de Origem:

Del País de Destino / Do País de Destino:

VI Organismo de Enlace o Institución Competente del País a cuya Legislación está sometido el trabajador
Organismo de Ligação ou Instituição Competente do País cuja a Legislação está sujeito o trabalhador

CERTIFICADO/CERTIFICAÇÃO

Denominación / Denominação:	
Dirección / Endereço:	
<p>Certifica que el trabajador identificado en el punto <i>I</i> de este formulario sigue sometido a la legislación del país de origen, en virtud del apartado b) del artículo 10 del Convenio y 7 del Acuerdo /</p> <p>Certifica que o trabalhador identificado no ponto <i>I</i> deste formulário fica submetido a legislação do país de origem, em virtude do parágrafo b) do artigo 10 do Convênio e 7 do Acordo, desde _____ hasta / até _____</p>	
Sello / Carimbo	Lugar y fecha / Local e data:

	Firma / Assinatura

País de Origen / País de Origem:

País de Destino /País de Destino:

Instrucciones

- El formulario deberá cumplimentarse por la empresa, en cuatro ejemplares, en caracteres de imprenta, y se le anexará copia del certificado de desplazamiento inicial.
- Deberá ser presentado ante el Organismo de Enlace o Institución Competente del Estado Parte, donde la empresa tiene su sede, antes de que finalice el primer periodo de desplazamiento temporal, con una antelación mínima de 20 días.
- La Institución Competente del país asegurador expedirá el certificado de prórroga correspondiente, previa consulta y expreso consentimiento de la Autoridad Competente u Organismo de Enlace del otro Estado Parte.
- Se entregará una copia del certificado al trabajador. El trabajador conservará esta copia con objeto de acreditar su situación ante la seguridad social del país de destino.

Instruções:

- O formulário deverá ser preenchido pela empresa, em quatro vias, em letra de forma, e anexar a cópia do certificado de deslocamento inicial.
- Deverá ser apresentado perante o Organismo de Ligaão ou Instituição Competente do Estado Parte, onde a empresa tem sua sede, antes que finalize o primeiro período de deslocamento temporário, com uma antecedência mínima de 20 dias.
- A Instituição Competente do país de filiação do trabalhador expedirá o certificado de prorrogação correspondente, com a prévia consulta e expreso consentimento da Autoridade Competente ou Organismo de Ligaão do outro Estado Parte.
- Entregar-se-á uma cópia do certificado ao trabalhador. O trabalhador conservará o certificado com o objetivo de comprovar sua situação em perante à Segurança Social no país de destino.

Instrucciones particulares/instruções particulares:

- (1) Para Bolivia , apellido de casada cuando corresponda/
Para a Bolivia, sobrenombre de casada, se aplicável
- (2) Para Bolivia y Chile, apellido paterno y materno/
Para a Bolivia e Chile, sobrenome do pai e da mãe
- (3) Para Chile y Uruguay, no procede completar /
Para o Chile e Uruguay, não completar
- (4) *Soltero/Solteiro. Casado/Casado. Viudo/Viúvo. Divorciado/Divorciado. Separado de hecho/Separado de fato. Unión de hecho/União Estável. Concubinato/ Concubinato*
- (5) Para Brasil, en el apartado “otras informaciones” se debe informar el número de registro de Personas Físicas – CPF /
Para Brasil, em “outras informações” deverá ser informado também o número do Cadastro de Pessoas Físicas – CPF