

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

E/B-1

CERTIFICACIÓN RELATIVA A LA LEGISLACIÓN APLICABLE
CERTIFICADO RELATIVO A LEGISLAÇÃO APLICAVEL
Artículo 7 del Convenio / Artigo 7 do Convênio

1 [] Trabajador asalariado/Trabalhador assalariado [] Trabajador por cuenta propia/Trabalhador autônomo
1.1 Apellido(s)/Sobrenome (2):
1.2 Nombre/Nome Apellido(s) de soltera/Sobrenome de solteira (2bis)
1.3 Fecha de nacimiento/Data de nascimento Nacionalidad/Nacionalidade D.N.I (3)
1.4 Dirección habitual/Endereço habitual (4):
1.5 Número de afiliación/Número de filiação (6):

2 El trabajador anteriormente indicado está desplazado o ejercerá una actividad por cuenta propia desde:
O Trabalhador anteriormente indicado está deslocado ou exercerá uma atividade por conta própria desde:
[] En el siguiente establecimiento/No seguinte estabelecimento [] En el siguiente buque/ No seguinte local/ponto
2.1 Nombre o razón social/Nome ou razão social:
2.2 Dirección/Endereço(4):

3 [] Datos de la empresa de envío [] Datos de la actividad por cuenta propia
Dados da empresa de envio Dados da atividade de autônomo
3.1 Nombre o razón social/Nome ou razão social:
3.2 Dirección/Endereço (4):
3.3 Sello/Carimbo 3.4 Fecha/Data:
3.5 Firma/Assinatura:

4 El trabajador queda sometido a la legislación de/O trabalhador fica submetido à legislação de: (1)
en virtud del artículo/em virtude do artigo:
4.1 [] 7.1 [] 7.2 [] 7.3 [] 7.4 [] 7.8 del Convenio de Seguridad Social/do Convênio de Seguridade Social
4.2 [] desde el/desde o al/a (5)
4.3 [] durante toda la actividad/durante toda a atividade

5 INSTITUCIÓN DESIGNADA DE LA PARTE CONTRATANTE A CUYA LEGISLACIÓN ESTA SOMETIDO EL TRABAJADOR
INSTITUIÇÃO DESIGNADA DA PARTE CONTRATANTE A CUJA LEGISLAÇÃO ESTA SUJEITO EL TRABALHADOR
(A cumplimentar por la Institución Competente/A ser preenchido pela Instituição Competente)
5.1 Denominación/Denominação:
5.2 Dirección/Endereço (4):
5.3 Sello/Carimbo 5.4 Fecha/Data:
5.5 Firma/Assinatura:

INSTRUCCIONES/INSTRUÇÕES

El formulario deberá cumplimentarse en duplicado ejemplar con caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. *O formulário deverá ser preenchido em dois exemplares com letra de imprensa, utilizando somente as linhas pontilhadas.*

La Institución designada de la Parte Contratante a cuya legislación esté sometido el trabajador cumplimentará el formulario, a petición del trabajador o de su empresario, y lo remitirá al solicitante. *A instituição designada da Parte Contratante a cuja legislação está sujeito o trabalhador preencherá o formulário a pedido do trabalhador ou de seu empresário e o remeterá ao solicitante.*

INDICACIONES PARA EL TRABAJADOR/INSTRUÇÕES PARA O TRABALHADOR

Antes de su partida para ir a trabajar a la otra Parte Contratante, hágase extender un formulario de asistencia sanitaria por la Institución del seguro de enfermedad-maternidad. *Antes da partida do trabalhador para trabalhar para a Parte Contratante, sugere-se preencher um formulário de assistência sanitária pela Instituição do seguro de enfermidade e maternidade.*

Si usted o un miembro de su familia necesitan prestaciones en especie (por ejemplo asistencia médica, medicamentos, hospitalización, etc.) en el país en el que está trabajando, deberá Vd. presentar el formulario de asistencia sanitaria, ante la institución del seguro de enfermedad-maternidad del lugar en que trabaja. Si Vd. no posee dicho formulario, la institución del seguro de enfermedad-maternidad del lugar donde Vd. trabaja debe solicitarla a la institución en la cual esté Vd. asegurado. *Se voce ou um membro da sua família necessitarem prestações em espécie (por exemplo medicamentos, hospitalização, etc.) no país onde está trabalhando deverá você apresentar o formulário de assistência sanitária perante a Instituição do Seguro de Enfermidade e Maternidade do local de trabalho.*

Agotado el período inicial de desplazamiento, la solicitud de prórroga debe efectuarse ante la autoridad competente de la parte donde se halla asegurado el trabajador, con tres meses de antelación a la finalización de dicho plazo. (Sólo para trabajadores asalariados). *Esgotado o período inicial do deslocamento, a solicitação de prorrogação deve efetuar-se perante a autoridade competente da Parte em que está assegurado o trabalhador com tres meses antes da finalização do dito prazo. (Somente para trabalhadores assalariados.)*

INSTITUCION COMPETENTE EN ESPAÑA/INSTITUIÇÃO COMPETENTE NA ESPANHA

Dirección Provincial de la Tesorería General de la Seguridad Social de la provincia donde esté ubicada la empresa. (Sólo para desplazamientos iniciales, art. 7.1, 7.2, 7.3 y 7.4 del Convenio) *(Somente para deslocamentos iniciais, art. 7.1, 7.2, 7.3 y 7.4 do Convênio).*

Tesorería General de la Seguridad Social-Subdirección General de Afiliación, Cotización y Gestión del Sistema RED -C/ Astros, 5 y 7 28007 MADRID. (Para los artículos 7.1-primera prórroga- y para los supuestos individuales del Art. 7.8 del Convenio). *(Para os artigos 7.1-prorrogação-e os casos individuais do artigo 7.8 do Convênio).*

INSTITUCION COMPETENTE EN BRASIL/INSTITUIÇÃO COMPETENTE NO BRASIL

Instituto Nacional de Seguro Social -Divisão de Convênios e Acordos Internacionais (INSS) -Esplanada dos Ministérios, bloco F, Anexo MPAS 2º andar -ala B- sala 242 BRASILIA/DF/Cep - 70.059-605

INDICACIONES PARA LA INSTITUCION DEL LUGAR DE ESTANCIA/INSTRUÇÕES PARA A INSTITUIÇÃO DO LUGAR DE RESIDÊNCIA

Cuando el interesado no esté en posesión de la certificación cumplimentada en el formulario de asistencia sanitaria, la institución del seguro del país de estancia le concederá igualmente, provisionalmente, las prestaciones en caso de accidente de trabajo o de enfermedad profesional dirigiéndose a la institución competente para que, urgentemente, le remita el formulario. *Quando o interessado não está de posse do certificado preenchido no formulário de assistência sanitária, a Instituição do seguro do país de residência lhe concederá provisoriamente as prestações em caso de acidentes de trabalho ou de enfermidade profissional, designando-se a Instituição Competente para que, urgentemente lhe envie o formulário.*

NOTAS/NOTAS

- (1) Sigla del país a cuya legislación está sometido el trabajador; B=Brasil; E=España. *Sigla do país a cuja legislação está submetido o trabalhador; B=Brasil; E=Espanha.*
- (2) Para los nacionales españoles indicar los apellidos de nacimiento. *Para os nacionais espanhóis indicar os sobrenomes de nascimento.*
- (2 bis) Sólo para trabajadoras no españolas. *Somente para trabalhadoras estrangeiras.*
- (3) 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 do documento nacional de identidade (DNI), mesmo estando este inválido. Para os nacionais brasileiros indicar o CPF ou CIC.*
- (4) Indicar calle, número, código postal, localidad, país. *Indicar rua, número, caixa postal, cidade, país.*
- (5) El período inicial de desplazamiento no puede exceder de tres años para los trabajadores asalariados y de dos para los trabajadores por cuenta propia. *O período inicial de deslocamento não pode exceder-se por mais de três anos para os trabalhadores autônomos.*
- (6) Para trabajadores brasileños indicar el CTPS o NIT, según corresponda. *Para trabalhadores brasileiros indicar o CTPS ou NIT, segundo corresponda.*