

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL
ENTRE LA REPUBLICA DE CHILE Y LA
REPUBLICA FEDERATIVA DEL BRASIL

ACORDO DE SEGURIDADE SOCIAL
ENTRE A REPÚBLICA DE CHILE E A
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CERTIFICADO DE DESPLAZAMIENTO / CERTIFICADO DE DESLOCAMENTO

Artículo 7º, Párrafo 1 del Convenio / Artigo 7º, Parágrafo 1 do Acordo
Artículo 4º, del Acuerdo Administrativo / Artigo 4º, do Ajuste Administrativo

DE : / DE :

A: / PARA :

INSTRUCCIONES: / INSTRUÇÕES :

- a) El formulario debe ser llenado a máquina o letra imprenta.
- a) O formulário deve ser preenchido a máquina ou letra de forma.

- Trabajador Dependiente o por Cuenta Ajena.
- Trabajador Independiente o por Cuenta Propia

NUMERO DE INSCRIPCION DE CARTERA PROFESIONAL

DEL ASEGURADO EN BRASIL
NÚMERO DE INSCRIÇÃO DA CARTEIRA PROFISSIONAL
DO SEGURADO NO BRASIL

CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD O R.U.T. EN CHILE

CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE OU R.U.T. NO CHILE

NÚMERO DA INSCRIÇÃO EN EL I.N.S.S.

1. TRABAJADOR / SEGURADO

NOMBRE COMPLETO / NOME COMPLETO

FECHA NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE

SEXO / SEXO

- MASCULINO / MASCULINO
- FEMENINO / FEMININO

PROFESION / PROFISSÃO

DIRECCION COMPLETA / ENDEREÇO COMPLETO
(Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, Estado, País, email) / (Rua, Número, CEP, Cidade, Estado, País email)

2. EMPRESA QUE ENVÍA /

_____ NOMBRE O RAZON SOCIAL / NOME OU RAZÃO SOCIAL	
_____ DIRECCION / ENDEREÇO (Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, Estado, País, email) / (Rua, Número, CEP, Cidade, Estado, País, email)	
_____ ROL UNICO TRIBUTARIO EN CHILE DE LA EMPRESA ROL ÚNICO TRIBUTÁRIO NO CHILE DA EMPRESA	_____ Nº DE CATASTRO GENERAL DE CONTRIBUYENTE (CGC) NO BRASIL Nº DE CADASTRO GERAL DE CONTRIBUINTE (CGC) NO BRASIL
_____ FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA ASSINATURA	_____ TIMBRE O SELLO DE LA EMPRESA/ CARIMBO OU SINETE DA EMPRESA
_____ FECHA/ DATA	

3. DESPLAZAMIENTO / DESLOCAMENTO

EL TRABAJADOR ES DESTINADO POR UN PERIODO NO SUPERIOR A 2 AÑOS O TRABALHADOR ESTÁ DESTINADO POR UM PERÍODO NÃO SUPERIOR A 2 ANOS	
_____ DESDE / DE	_____ HASTA / ATÉ
EL TRABAJADOR ES DESTINADO PARA DESEMPEÑARSE EN: / O TRABALHADOR ESTÁ DESTINADO PARA TRABALHAR EM:	
_____ NOMBRE DE LA EMPRESA DE DESTINO /	
_____ DIRECCION / ENDEREÇO (Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, Estado, País, email) / (Rua, Número, CEP, Cidade, Estado, País, email)	
DURANTE EL PERIODO ANTES SEÑALADO Y EN VIRTUD DEL ARTICULO 4º, NUMERO 1º DEL ACUERDO ADMINISTRATIVO EL TRABAJADOR DESTINADO ESTARA SUJETO A LA LEGISLACION PREVISIONAL DE:	
DURANTE O PERÍODO ACIMA MENCIONADO E CONFORME O ARTIGO 4º, NÚMERO 1º DO AJUSTE ADMINISTRATIVO, O SEGURADO DESTINADO ESTARÁ SUJEITO A LEGISLAÇÃO PREVIDENCIÁRIA DO:	
<input type="checkbox"/> BRASIL / BRASIL	<input type="checkbox"/> CHILE / CHILE

4. ORGANISMO DE ENLACE QUE EXTIENDE EL CERTIFICADO / ORGÃO DE LIGAÇÃO

<hr/> <p>NOMBRE / NOME</p>									
<hr/> <p>DIRECCION / ENDEREÇO</p> <p>(Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, Estado, País, email) / (Rua, Número, CEP, Cidade, Estado, País, email)</p>									
<hr/> <p>FIRMA / ASSINATURA</p>	<hr/> <p>TIMBRE O SELLO / CARIMBO OU SINETE</p>								
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <p>FECHA / DATA</p>									