

**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.**

<b>Nombre o Razón Social / Nome ou Razão Social:</b>	
<b>Nº de Identificación o Inscripción/CNPJ</b>	<b>Actividad principal / Atividade principal</b>
<b>Dirección/Endereço:</b>	
Calle/Rua _____ nº _____	
Piso/Depto: _____	
Localidad/Localidade: _____	
C.P. /CEP: _____	
<b>Provincia/Estado/ Departamento /Región</b>	
_____	
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**

<b>Denominación / Denominação</b>
<b>Dirección / Endereço</b>
<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>
<p><b>Lugar y fecha / Local e data:</b></p> <p>_____</p>
<p><b>Sello / Carimbo</b></p>
<p><b>Firma / Assinatura</b></p> <p>_____</p>

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

✓ 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 continue 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 anejará 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 Ligaço 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 Ligaço 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