

**ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE A REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL E O CANADÁ  
AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN THE FEDERATIVE REPUBLIC OF BRAZIL AND CANADA**

**SOLICITAÇÃO DE DESLOCAMENTO TEMPORÁRIO /  
REQUEST OF TEMPORARY DETACHMENT**

Para aplicação dos Artigos 6º a 8º do Acordo / To application of Articles 6 the 8 of the Agreement

**A SER PREENCHIDO PELA EMPRESA OU PELO TRABALHADOR AUTÔNOMO SOLICITANTE /  
TO BE COMPLETED BY THE APPLICANT COMPANY OR SELF-EMPLOYED PERSON:**

O trabalhador designado no quadro 1 trata-se de / The Worker identified in section 1 is::

Trabalhador assalariado / Employed person

Trabalhador autônomo / Self-employed person

1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR / WORKER'S DETAILS			
1.1. Nome do Segurado / Insured's name Primeiro nome / First name		Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last name
1.2. Nome da mãe / Mother's name Primeiro nome/First name		Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last name
1.3. Local do Nascimento / Birthplace		1.4. Data de Nascimento (dd/mm/aaaa) / Date of Birth (dd/mm/yyyy): ____/____/____	
1.5. Sexo / Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
1.6. Nacionalidade / Nationality:			
1.7. Estado Civil * / Marital Status *:			
1.8. Profissão / Occupation :			
1.9. Documento de identificação brasileiro / Brazilian identity document:	Tipo / Type:	Número / Number:	Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy) : ____/____/____
1.10. Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil / Brazilian Individual Taxpayer Registration:  _ _ _ _   _ _ _ _ _   _ _ _ _ _   _ _ _ _ _			
1.11. Número de Identificação do Trabalhador- NIT no Brasil / Brazilian Worker's Identification Number – NIT:  _ _ _ _   _ _ _ _ _   _ _ _ _ _   _ _ _ _ _			
1.12. Endereço/ Address			
País / Country:		Estado / Province:	
Cidade / City:		Bairro / Neighbourhood:	
Logradouro / Sidewalk Rua / Street			
Número / Number		Apt., Vila / Apt Number, Village	
CEP / Postal Code:		Telefone / Telephone number:	
E-mail :			

\*Quando se tratar de mulher casada, informar o nome e o sobrenome de solteira / If married woman, also include maiden name.: \_\_\_\_\_

2 - DEPENDENTES QUE ACOMPANHARÃO O TRABALHADOR / DEPENDENT THAT WILL ACCOMPANY THE EMPLOYEE			
Nome(s) e Sobrenome(s) Name and Last Name	Data de Nascimento Date of Birth	Tipo (campo 1) e Nº de Documento (campo 2) Type (field 1) and Number of Document (field 2)	Parentesco Kinship
	____/____/____	1	
	____/____/____	2	
	____/____/____	1	
	____/____/____	2	
	____/____/____	1	
	____/____/____	2	
	____/____/____	1	
	____/____/____	2	

3 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR NO BRASIL / DATA OF THE COMPANY IN BRAZIL	
3.1. Nome ou Razão Social / Legal Name:	
3.2. CNPJ / National Registry of Legal Entities :	
3.3. Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil / Brazilian Individual Taxpayer Registration	
3.4. Atividade Principal / Main Activity:	
3.5. Endereço / Address	
País / Country:	Estado / Province:
Cidade/City:	Bairro / Neighbourhood
Logradouro / Sidewalk Rua / Street:	
Número / Number:	Apt., Vila / Apt Number, Village:
CEP / Postal Code:	Telefone / Telephone number:

4 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR NO CANADÁ / DATA OF COMPANY IN CANADA	
4.1. Nome ou Razão Social / Legal Name:	
4.2. CNPJ/ National Registry of Legal Entities:	
4.3. Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil / Brazilian Individual Taxpayer Registration	
4.4. Atividade Principal / Main Activity:	
4.5. Endereço / Address	
País / Country:	Estado / Province:
Cidade / City:	Bairro / Neighbourhood
Logradouro / Sidewalk Rua / Street:	
Número / Number:	Apt., Vila / Apt Number, Village:

CEP / Postal Code:	Telefone / Telephone number:
--------------------	------------------------------

**5 – DADOS DO DESLOCAMENTO / DETTACHMENT DATA**

5.1. Período que se solicita / Entitlement Period:

De / from: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ até / until \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)

Em caso de fracionamento do período inicial informar a data do início do deslocamento do pedido anterior (dd/mm/aaaa) / In case of fractionation of the initial dettachment, please provide dettachment start date (dd/mm/yyyy): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

5.2. Atividades a serem executadas: / Activities to be performed:

---



---

**6 – A CARGO DA EMPRESA OU TRABALHADOR AUTÔNOMO SOLICITANTE / CHARGED TO APPLICANT COMPANY OR SELF-EMPLOYED PERSON**

Local e Data (dd/mm/aaaa) / Place and Date (dd/mm/yyyy): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Carimbo / Stamp

---

Assinatura / Signature

**Instruções / Instructions**

1) O formulário deverá ser preenchido pela Empresa ou trabalhador autônomo em duas vias em letra de imprensa. / The form must be completed by the Company or self-employed person in two copies with printed letter

2) Deverá ser enviado ao Organismo de Ligação Competente em Brasília, no endereço abaixo, ou entregar em uma Agência da Previdência Social de sua preferência, com trinta dias de antecedência da ocorrência do fato gerador. / The form should be submitted to the Liaison agency of Brasilia, the address below, or send in a Agency of Social Security you prefer, within thirty days prior to the occurrence of the event.

Agência da Previdência Social Atendimento de Acordos Internacionais Brasília-DF  
Endereço: SCRS Quadra 502, Bloco B, Lotes 08 a 12, 1º andar  
Brasília – Distrito Federal - Brasil  
CEP: 70.330-520

3) O Organismo de Ligação do país de origem expedirá os formulários a pedido da empresa ou do trabalhador autônomo, remetendo duas vias ao solicitante (um para o trabalhador outro para o empregador) e outro ao organismo de ligação do país de destino. / The Liaison agency of the country of origin shall issue the forms upon the company's or self-employed person request, by issuing two copies to the applicant (one for the worker to another for the employer) and one copy to the liaison agency of the destination country.

4) O trabalhador conservará o formulário com objetivo de comprovar sua situação perante a Segurança Social no país de destino. / The employee shall retain the form in order to prove his situation before Social Security in the destination country.

5) A Empresa ou trabalhador autônomo deve comunicar ao Organismo de Ligação brasileiro qualquer alteração ocorrida no contrato de trabalho ou retorno antecipado do trabalhador / The Company or self-employed person must notify the liaison group of brazilian any change in the employment contract or early return of the employee.