

**CERTIFICATE OF COVERAGE UNDER THE CANADA PENSION PLAN PURSUANT TO ARTICLES 6 TO 11 OF THE AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN CANADA AND THE FEDERATIVE REPUBLIC OF BRAZIL**

**CERTIFICAT D'ASSUJETTISSEMENT AU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA EN VERTU DES ARTICLES 6 À 11 DE L'ACCORD DE SÉCURITÉ SOCIALE ENTRE LE CANADA ET LA RÉPUBLIQUE FÉDÉRATIVE DU BRÉSIL**

**CERTIFICADO DE COBERTURA SOB O REGIME DE PENSÕES DO CANADÁ NOS TERMOS DOS ARTIGOS 6 A 11 DO ACORDO DE PREVIDENCIA SOCIAL ENTRE O CANADÁ E A REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

Employed person – Travailleur salarié – Trabalhador empregado       Self-employed person – Travailleur autonome – Trabalhador autônomo

Name of worker – Nom du travailleur – Nome do trabalhador	Canadian Social Insurance Number – Numéro d'assurance sociale au Canada – Número de segurança social no Canadá		
Address – Adresse – Endereço	Date of birth – Date de naissance – Data de nascimento		
	Citizenship – Nationalité – Nacionalidade		
Name of employer in Canada – Nom de l'employeur au Canada – Nome do empregador no Canadá	Date of hire – Date d'embauche – Data de início do emprego		
	Business Number in Canada – Numéro d'entreprise au Canada – Número de identificação da Empresa no Canadá  RP		
Address in Canada – Adresse au Canada – Endereço no Canadá			
Name, address and business number of the business where the worker will be working in Brazil – Nom, adresse et numéro d'employeur de l'entreprise où le travailleur travaillera au Brésil – Nome, endereço e número de identificação da empresa em que o trabalhador irá trabalhar no Brasil			
<b>INITIAL DETACHMENT – DÉTACHEMENT INITIAL – DESLOCAMENTO INICIAL</b>		<b>EXTENSION – DÉTACHEMENT PROLONGÉ – PRORROGAÇÃO EXCEPTION – EXCEPTION - EXCEÇÃO</b>	
Expected period of initial detachment – Durée prévue du détachement initial – A duração prevista do deslocamento inicial		Expected period of extended detachment (for extensions also indicate date of initial detachment)	Durée prévue du détachement prolongé (pour les prolongations, indiquer les dates du détachement initial)
_____		_____	_____
from – du – de		from – du – de	to – au – a
_____		_____	_____
to – au – a		_____	_____
I hereby certify that, to the best of my knowledge, the information contained in this request is accurate and complete.		Par la présente, j'atteste qu'au meilleur de mes connaissances, les renseignements fournis dans la présente demande sont exacts et complets.	
_____		_____	
Print name of authorized officer – Nom de la personne autorisée en lettres moulées/ Nome do funcionário responsável		Authorized signing officer – Personne autorisée – Assinatura do funcionário responsável	
_____		_____	
Telephone – Téléphone – Telefone		Date – Data	

**CERTIFICATE OF  
COVERAGE  
CANADA REVENUE AGENCY**

The worker named above is subject to the coverage provisions of the *Canada Pension Plan* and exempt from the laws of the Federative Republic of Brazil regarding social security by virtue of Articles 6, 7 or 9 of the agreement during the period.

**CERTIFICAT  
D'ASSUJETTISSEMENT  
AGENCE DU REVENU DU CANADA**

Le travailleur susmentionné est assujéti aux dispositions de participation du *Régime de pensions du Canada* et exempté des lois de la République fédérative du Brésil concernant la sécurité sociale en vertu des articles 6, 7 ou 9 de l'accord pendant la période.

**CERTIFICADO DE  
COBERTURA  
AGÊNCIA DA RECEITA DO CANADÁ**

O trabalhador acima citado está sujeito às disposições de cobertura previstas no Regime de Pensões do Canadá e isento da legislação aplicável da República Federativa do Brasil no que se refere à Previdência Social nos termos dos artigos 6, 7 ou 9 do Acordo durante o período de:

\_\_\_\_\_ from – du – de

\_\_\_\_\_ to – au – a

\_\_\_\_\_  
Authorized officer of CRA – Agent autorisé de l'ARC – Assinatura do funcionário responsável da ARC

\_\_\_\_\_  
Date – Data

CPT168