

**ACORDO SOBRE SEGURANÇA SOCIAL OU SEGURIDADE SOCIAL
ENTRE A REPÚBLICA PORTUGUESA E A REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

Acordo: n.º 1 do artigo 8.º e artigo 13.º

**ATESTADO RELATIVO À TOTALIZAÇÃO DOS PERÍODOS DE SEGURO
Doença, maternidade, paternidade e adoção e prestações familiares**

PARTE A

1	Entidade competente / Organismo de ligação ou designado destinatário	
	1.1 Designação	.....
	1.2 Endereço ⁽¹⁾
2	Trabalhador	
	2.1 Apelido(s) / Sobrenome(s) ⁽²⁾
	2.2 Nome(s) próprio(s) ⁽²⁾
	2.3 Data e local de nascimento	___/___/___ -
	2.4 Em Portugal: <input type="checkbox"/> N.º de Identificação de Segurança Social (NISS)	.....
	<input type="checkbox"/> N.º de Subscritor da CGA	.....
	2.5 No Brasil: <input type="checkbox"/> N.º de Identificação do Trabalhador (NIT) no Brasil ⁽³⁾
	<input type="checkbox"/> N.º de Matrícula de Servidor Público	.....
	2.6 Endereço ⁽¹⁾
2.7	Entidades empregadoras	2.8
	(Nome e endereço)	Períodos de atividade
	.....	de ___/___/___ a ___/___/___
	.....	de ___/___/___ a ___/___/___
	.....	de ___/___/___ a ___/___/___
	.....	de ___/___/___ a ___/___/___
	.....	de ___/___/___ a ___/___/___
	.....	de ___/___/___ a ___/___/___
	.....	de ___/___/___ a ___/___/___

3

A fim de ser dado seguimento a um pedido de concessão de
apresentado pelo trabalhador acima mencionado, solicitamos que nos comuniquem os períodos de seguro cumpridos pelo
mesmo a partir de ____/____/____, ao abrigo da legislação do vosso país.

4

Entidade competente

4.1 Designação

4.2 Endereço⁽¹⁾

4.3 Carimbo 4.4 Data ____/____/____

4.5 Assinatura

PARTE B

5

O trabalhador identificado no **quadro 2** cumpriu a partir de ____/____/____ os seguintes períodos de seguro:

de ____/____/____ a ____/____/____ de ____/____/____ a ____/____/____

de ____/____/____ a ____/____/____ de ____/____/____ a ____/____/____

de ____/____/____ a ____/____/____ de ____/____/____ a ____/____/____

de ____/____/____ a ____/____/____ de ____/____/____ a ____/____/____

5.1 Total anos meses dias.

5.2 Observações

.....

.....

.....

6

Entidade que preenche a parte B

6.1 Designação

6.2 Endereço⁽¹⁾

6.3 Carimbo 6.4 Data ____/____/____

6.5 Assinatura

INSTRUÇÕES

A entidade competente preenche a parte A do formulário e remete 2 exemplares à entidade competente do outro Estado a cuja legislação o trabalhador esteve sujeito. Esta entidade preenche a parte B e devolve um dos exemplares à instituição que lho enviou.

Para uma melhor localização dos períodos de seguro cumpridos ao abrigo da legislação brasileira, anexar fotocópia(s) da(s) carteira(s) profissional / profissionais do trabalhador e(ou) cópia das guias de recolhimento e(ou) carnês.

NOTAS

- (1) Rua, número, código postal, localidade, estado (no caso do Brasil), país.
- (2) Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelidos) conforme constam no Cartão de Cidadão ou no Bilhete de Identidade.
Para os nacionais brasileiros, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelidos) conforme constam na Cédula de Identidade.
- (3) Para identificação do trabalhador também poderá ser informado o número do Programa de Integração Social (PIS) ou Programa de Formação do Património do Servidor Público (PASEP).