RCH / BRASIL 1-A

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

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

PRORROGA DEL PERIODO DE DESPLAZAMIENTO / PRORROGAÇÃO DO PERÍODO DE DESLOCAMENTO

Artículo 7° del Convenio / Artigo 7º do Acordo

DE: / DE:

A: / PARA:

NUMERO DE INSCRIPCION DEL ASEGURADO EN BRASIL (NIT/PIS/PASEP/CP/CTPS)
NÚMERO DE INSCRIÇÃO DO SEGURADO NO BRASIL (NIT/PIS/PASEP/CP/CTPS)

CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD O R.U.T. EN CHILE
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE OU R.U.T. NO CHILE

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, E-mail) / (Rua, Número, CEP, Cidade, Estado, Pais, E-mail)

2. EMPRESA QUE ENVÍA / EMPRESA QUE ENVIA

NOMBRE O RAZON SOCIAL / NOME OU RAZÃO SOCIAL

DIRECCION / ENDEREÇO
(Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, Estado, País, E-mail) / (Rua, Número, CEP, Cidade, Estado, Pais, E-mail)

ROL UNICO TRIBUTARIO EN CHILE DE LA EMPRESA
ROL ÚNICO TRIBUTARIO NO CHILE DA EMPRESA

Nº DE CATASTRO NACIONAL DE PERSONA JURÍDICA (CNPJ) NO BRASIL
Nº DE CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA (CNPJ) NO BRASIL

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA
SSINATURA DO REPRESENTANTE LAGAL DA EMPRESA

TIMBRE O SELLO DE LA EMPRESA/ CARIMBO DA EMPRESA

FECHA/ DATA

3. SOLICITUD DE PRORROGA DEL PERIODO DE DESPLAZAMIENTO / SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DO PERÍODO DE DESLOCAMENTO

EL TRABAJADOR INDIVIDUALIZADO EN EL CUADRO 1, SEGUIRÁ SOMETIDO A LA LEGISLACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL DEL PAÍS:
O TRABALHADOR IDENTIFICADO NO QUADRO 1 PERMANECERÁ VINCULADO À LEGISLACAO DO:

☐ **BRASIL / BRASIL** ☐ **CHILE / CHILE**

A. Período de desplazamiento inicial
A. Período de deslocamento inicial
DESDE / DE — HASTA / ATÉ

B. Período de Prórroga (1)
B. Período de prorrogação (1)
DESDE / DE — HASTA / ATÉ

NOTA : (1) SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ART. 7º, PARRAFO 2 DEL CONVENIO, UN MÁXIMO DE DOS AÑOS.
OBS.: (1) CONFORME ESTABLECIDO NO ART. 7º, PARÁGRAFO 2º DO ACORDO, O PRAZO MÁXIMO DE PRORROGACAO SERÁ DE DOIS ANOS

4. DEBE COMPLETAR LA AUTORIDAD COMPETENTE DEL PAÍS DE DESTINO / DEVERÁ SER PREENCHIDO PELA AUTORIDADE COMPETENTE DO PAÍS DE DESTINO

Declaramos conforme a lo establecido en el artículo 7°, Párrafo 2° del Convenio:
Conforme o estabelecido no artigo 7°, parágrafo 2° do Convenio, declaramos:

☐ **Estar de acuerdo / Estar de acordo** ☐ **No estar de acuerdo / Nao estar de acordo**

en que el trabajdor referido en el cuadro 1, siga sometido a la legislación de la Seguridad Social del país de:
com que o segurado identificado no quadro 1 permaneca vinculado à legislacao de previdencia social do:

☐ **BRASIL / BRASIL** ☐ **CHILE / CHILE**

durante el período de Prórroga :
durante o período de Prorrogação :

☐☐☐☐☐☐☐☐ DESDE / DE ☐☐☐☐☐☐☐☐ HASTA / ATÉ

AUTORIDAD COMPETENTE QUE OTORGA SU CONFORMIDAD:
AUTORIDADE COMPETENTE QUE AUTORIZA A PRORROGACAO:

NOMBRE / NOME

DIRECCION / ENDEREÇO
(Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, Estado, País, E-mail) / (Rua, Número, CEP, Cidade, Estado, Pais, E-mail)

FIRMA / ASSINATURA

TIMBRE O SELLO / CARIMBO

☐☐☐☐☐☐☐☐
FECHA / DATA

INSTRUCCIONES: / INSTRUÇÕES:

Una vez que el empleador complete el presente formulario de Prórroga, éste será enviado por el Organismo de Enlace del país de origen, a la Autoridad Competente del país de destino.
Esta Autoridad Competente dará su conformidad o disconformidad en el mismo, y deberá enviar una copia a la empresa solicitante y otra al Organismo de Enlace del país de origen.

Uma vez que o empregador complete o formulário de prorrogacao, este será enviado pelo Organismo de Ligacao do país de origem, à autoridade competente do país de destino.
Esta Autoridade Competente dará ou nao sua autorizacao no documento, e deverá enviar uma cópia à empresa solicitante e outra ao Organismo de Ligacao do país de origem.