

**FORMULÁRIO DE DESLOCAMENTO TEMPORÁRIO***Artigo 7 do Acordo / Art. 4 do Regulamento Administrativo*

| 1 INSTITUIÇÃO COMPETENTE OU ORGANISMO DE LIGAÇÃO DESTINATÁRIO: |              |
|--|--------------|
| 1.1  | Denominação: |
| 1.2  | Endereço:    |
| 1.3  | Telefone:    |
| 1.4  | E-mail:      |

 Trabalhador por conta de outrem Trabalhador por conta própria**OS ITENS DE 2 A 5 DEVERÃO SER PREENCHIDOS PELO EMPREGADOR / TRABALHADOR POR CONTA PRÓPRIA:**

| 2 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR: |   |
|--|---|
| 2.1                                      | Nome e sobrenome do segurado* ( <i>Nome completo</i> )  |
| 2.2                                      | Local e data de nascimento ( <i>dd/mm/aaaa</i> ): _____/____/____   |
| 2.3                                      | Nacionalidade: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F                              |
| 2.4                                      | Estado Civil:   |
| 2.5                                      | Tipo e Número de Documento de Identificação:  |
| 2.6                                      | Local e Data de Expedição do Documento ( <i>dd/mm/aaaa</i> ): _____/____/____                                 |
| 2.7.                                     | Identificação no Brasil:<br>Cadastro de Pessoa Física - CPF:<br>Número de Identificação do Trabalhador - NIT: |
| 2.8                                      | Identificação em Moçambique:<br>Número Único de Identificação Tributária - NUIT:<br>Número de Beneficiário:   |
| 2.9.                                     | Profissão:  |
| 2.10.                                    | Dados Residenciais:<br>Endereço no Brasil:<br>Estado: _____ Bairro: _____                                     |

|                         |                 |                                      |
|-------------------------|-----------------|--------------------------------------|
| Cidade:                 |                 |                                      |
| Rua:                    | Número:         |                                      |
| Complemento:            |                 |                                      |
| CEP:                    |                 |                                      |
| Telefone:               |                 |                                      |
| E-mail:                 |                 |                                      |
| Endereço em Moçambique: |                 |                                      |
| Província:              | Distrito:       | Posto Administrativo/<br>Localidade: |
| Bairro:                 | Quarteirão:     |                                      |
| Av/Rua:                 | Número de casa: | CP (Caixa Postal):                   |
| Telefone:               |                 |                                      |
| E-mail:                 |                 |                                      |

\* Utilizar letra de forma / de imprensa.

\*\* O formulário preenchido deverá ser enviado a Instituição Competente ou Organismo de Ligação do país de origem para emissão do Certificado.

\*\*\* Quando se tratar de segurado(a) casado(a), informar abaixo o nome e sobrenome de solteiro(a).

| 3 INFORMAÇÕES DOS DEPENDENTES QUE ACOMPANHAM O TRABALHADOR: |  |   |            |
|---|--|---|------------|
| Nome e Sobrenome  | Data de Nascimento<br>(dd/mm/aaaa) (campo 1) /<br>Local de Nascimento<br>(campo 2) | Documento de Identificação<br>Tipo (campo 1) e número do<br>documento (campo 2) | Parentesco |
|   | 1. ____/____/____  | 1.  |            |
|   | 2.   | 2.  |            |
|   | 1. ____/____/____  | 1.  |            |
|   | 2.   | 2.  |            |
|   | 1. ____/____/____  | 1.  |            |
|   | 2.   | 2.  |            |
|   | 1. ____/____/____  | 1.  |            |
|   | 2.   | 2.  |            |
|   | 2.   | 2.  |            |



|  |                 |                                      |
|--|-----------------|--------------------------------------|
| Cadastro de Pessoa Jurídica - CNPJ:              |                 |                                      |
| Cadastro de Pessoa Física - CPF:                 |                 |                                      |
| Em Moçambique:                                   |                 |                                      |
| Número Único de Identificação Tributária - NUIT: |                 |                                      |
| 5.3. Dados Residenciais:                         |                 |                                      |
| Endereço no Brasil:                              |                 |                                      |
| Estado:  | Bairro:         |                                      |
| Cidade:  |                 |                                      |
| Rua:   | Número:         |                                      |
| Complemento:                                     |                 |                                      |
| CEP:   |                 |                                      |
| Telefone:  |                 |                                      |
| E-mail:  |                 |                                      |
| Endereço em Moçambique:                          |                 |                                      |
| Província:                                       | Distrito:       | Posto Administrativo/<br>Localidade: |
| Bairro:  | Quarteirão:     |                                      |
| Av/Rua:  | Número de casa: | CP (Caixa Postal):                   |
| Telefone:  |                 |                                      |
| E-mail:  |                 |                                      |

**DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO ORGANISMO DE LIGAÇÃO OU INSTITUIÇÃO COMPETENTE DO PAÍS DE ORIGEM:**

## 6 CERTIFICADO:

**CERTIFICA** que o trabalhador identificado no item 2 deste formulário fica submetido à legislação do país de origem \_\_\_\_\_ (**Brasil ou Moçambique**), em virtude do parágrafo 1 do artigo 7 do Acordo de Segurança Social entre a República Federativa do Brasil e a República de Moçambique, durante o período de: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Local e data (dd/mm/aaaa):

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura

Carimbo

| <b>7 INSTITUIÇÃO COMPETENTE OU ORGANISMO DE LIGAÇÃO DO PAÍS DE ORIGEM:</b> |              |
|--|--------------|
| 7.1.   | Denominação: |
| 7.2.   | Endereço:    |
| 7.3.   | Telefone:    |
| 7.4.   | E-mail:      |