

## FORMULÁRIO DE RETIFICAÇÃO DE DESLOCAMENTO TEMPORÁRIO

Artigo 7º 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

2 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR:	
2.1.	Nome e sobrenome do segurado*: (Nome completo)
2.2.	Local e data de nascimento (dd/mm/aaaa): _____/_____/_____
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 (dd/mm/aaaa): _____/_____/_____
2.7.	Identificação no Brasil:  Cadastro de Pessoa Física - CPF:  Número de Identificação do Trabalhador - NIT:
2.8.	Identificação em Moçambique:  Número Único de Identificação Tributária - NUIT:  Número de Beneficiário:
2.9.	Profissão:
2.10.	Dados Residenciais:  Endereço no Brasil:  Estado: _____ Bairro: _____  Cidade: _____  Rua: _____ Número: _____  Complemento:

CEP:		
Telefone:		
E-mail:		
Endereço em Moçambique:		
Província:	Distrito:	Posto Administrativo/ 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 (dd/mm/aaaa) (campo 1) / Local de Nascimento (campo 2)	Documento de Identificação Tipo (campo 1) e número do documento (campo 2)	Parentesco
	1. ____/____/____	1.	
	2.	2.	
	1. ____/____/____	1.	
	2.	2.	
	1. ____/____/____	1.	
	2.	2.	
	1. ____/____/____	1.	
	2.	2.	
	1. ____/____/____	1.	
	2.	2.	

### 4 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR / TRABALHADOR NO PAÍS DE ORIGEM:

4.1. Nome ou razão social / Nome individual ou comercial:

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

## 5 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR / TRABALHADOR POR CONTA PRÓPRIA NO PAÍS DE DESTINO:

5.1. Nome ou razão social / Nome individual ou comercial		
Atividade Principal:		
5.2. Identificação no Brasil:		
Cadastro de Pessoa Física - 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/  
Localidade:

Bairro:

Quarteirão:

Av/Rua:

Número de casa:

CP (Caixa Postal):

Telefone:

E-mail:

## 6 SOLICITAÇÃO DE RETIFICAÇÃO:

- O empregador do trabalhador identificado no item 2.
- O trabalhador por conta própria identificado no item 2.

**SOLICITA** a retificação do período do deslocamento temporário de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ para \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

## 7 CERTIFICADO DE DESLOCAMENTO TEMPORÁRIO RETIFICADO:

## INSTITUIÇÃO COMPETENTE OU ORGANISMO DE LIGAÇÃO:

**DECLARA** que o certificado expedido para o período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa) a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa), autorizando a vinculação do trabalhador à legislação do país de origem fica **retificado**, devido ao retorno antecipado do trabalhador, passando a considerar-se válido o período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa) a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa).

Local e data (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura e carimbo

8 INSTITUIÇÃO COMPETENTE OU ORGANISMO DE LIGAÇÃO DO PAÍS DE ORIGEM:	
8.1.	Denominação:
8.2.	Endereço:
8.3.	Telefone:
8.4.	E-mail: