

**Acordo de Previdência Social entre a República Federativa do Brasil e o Grão-Ducado de Luxemburgo  
Convention de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République Fédérative du Brésil**

**Prorrogação do Deslocamento  
Prolongation du détachement**

**Alínea c do artigo 9 do Acordo / Article 9, c) de la convention  
Artigo 5 paragrafo 6 do Ajuste Administrativo / Article 5 paragraphe 6 de l'arrangement administratif**

<b>DO ORGANISMO DE LIGAÇÃO OU INSTITUIÇÃO COMPETENTE NO PAIS DE ORIGEM DE L'ORGANISME DE LIAISON OU INSTITUTION COMPÉTENTE DU PAYS D'ORIGINE</b>	<b>PARA ORGANISMO DE LIGAÇÃO OU INSTITUIÇÃO COMPETENTE NO PAIS DE DESLOCAMENTO A L'ORGANISME DE LIAISON OU INSTITUTION COMPÉTENTE DU PAYS DE DETACHEMENT</b>

<b>1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR / DONNÉES D'IDENTIFICATION DU TRAVAILLEUR</b>		
Primeiro nome / Prénom	Nome do meio / Second prénom	Sobrenome / Nom
<b>Nome da mãe / Mother's name</b> Primeiro nome / Prénom	Nome do meio / Second prénom	Sobrenome / Nom
Cadastro de Pessoa Física-CPF – no Brasil Registre national des personnes physiques-CPF au Brésil _____		
Nº de Inscrição do Trabalhador – NIT no Brasil Nº d'inscription – NIT au Brésil _____		
Nº de Identificação em Luxemburgo Nº d'identification au Luxembourg _____		
<b>1.1 DADOS DO NASCIMENTO / DATE DE NAISSANCE</b>		
Cidade de nascimento / Lieu de naissance		
Data de nascimento / Date de naissance (dd/mm/aaaa) / (jj/mm/aaaa) _____/_____/_____		
<b>1.2 ESTADO CIVIL / ÉTAT CIVIL</b>		

<input type="checkbox"/> Solteiro / Célibataire	<input type="checkbox"/> Casado /Marié	<input type="checkbox"/> Parceiro /Partenaire	<input type="checkbox"/> Viúvo /Veuf	<input type="checkbox"/> Divorciado /Divorcé	<input type="checkbox"/> Separado / Séparé
--	---	--	--------------------------------------	---	---

**1.3 DADOS RESIDENCIAIS / ADRESSE**

País /Pays  
Bairro/ Arrondissement  
Logradouro/ Rue

Telefone/Numéro de téléphone

**SOLICITA** a continuação da vinculação na Previdência Social

**DEMANDE** la prolongation de l'assujettissement à la législation de sécurité sociale

brasileira / brésilienne       luxemburguêsa / luxembourgeoise

do trabalhador designado ao quadro 1 / du travailleur désigné au cadre 1

para o período / pour la période    desde /du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ até /au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local e Data / Lieu et date: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura / Signature

Carimbo / Cachet

**2 – A COMPLETAR PELA AUTORIDADE COMPETENTE OU INSTITUIÇÃO COMPETENTE NO PAIS DE DESLOCAMENTO / A  
COMPLÉTER PAR L'AUTORITE COMPÉTENTE OU L'INSTITUTION COMPÉTENTE DU PAYS DE DETACHEMENT**

Denominação / Nom/: \_\_\_\_\_

**DECLARA/ DÉCLARE:**

**CONCORDA** que o trabalhador identificado designado ao quadro 1 continue sujeito a legislação /

**ETRE D'ACCORD** que le travailleur désigné au cadre 1 continue à être soumis à la législation

brasileiro / brésilienne       luxemburguês / luxembourgeoise

desde /du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ até /au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**NÃO CONCORDA/NE PAS ETRE D'ACCORD** / Pelo seguinte motivo/ Pour la raison suivante :

---

---

---

---

Local e Data / Lieu et date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Carimbo/Cachet

\_\_\_\_\_

Assinatura/Signature

## CERTIFICADO/ATTESTATION

3 - A COMPLETAR PELO ORGANISMO DE LIGAÇÃO OU INSTITUIÇÃO COMPETENTE NO PAIS DE ORIGEM / A COMPLETER PAR L'ORGANISME DE LIAISON OU L'INSTITUTION COMPETENTE DU PAYS D'ORIGINE:

**CERTIFICA** que o trabalhador identificado designado ao quadro 1 fica submetido a legislação

**CERTIFIE** que le travailleur désigné au cadre 1 reste soumis à la législation de sécurité sociale

brasileira / brésilienne       luxemburguesa / luxembourgeoise

em virtude do Artigo 9 do Acordo/en vertu de l'article 9 de la convention

desde/du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ até/au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Local e Data /Lieu et date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo/Cachet

\_\_\_\_\_  
Assinatura/Signature