

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

**ACORDO DE SEGURIDADE SOCIAL  
ENTRE A REPÚBLICA DE CHILE E A  
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

**CERTIFICADO DE DESPLAZAMIENTO / CERTIFICADO DE DESLOCAMENTO**

Artículo 7º, Párrafo 1 del Convenio / Artigo 7º, Parágrafo 1 do Acordo  
Artículo 4º, del Acuerdo Administrativo / Artigo 4º, do Ajuste Administrativo

DE : / DE :

A: / PARA :

**INSTRUCCIONES: / INSTRUÇÕES :**

- a) El formulario debe ser llenado a máquina o letra imprenta.  
a) O formulário deve ser preenchido a máquina ou letra de forma.

Trabajador Dependiente o por Cuenta Ajena.

Trabajador Independiente o por Cuenta Propia

NUMERO DE INSCRIPCION DE CARTERA PROFESIONAL  
DEL ASEGURADO EN BRASIL

NÚMERO DE INSCRIÇÃO DA CARTEIRA PROFISSIONAL  
DO SEGURADO NO BRASIL

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

NÚMERO DA INSCRIÇÃO EN EL I.N.S.S.

**1. TRABAJADOR / SEGURADO**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO / NOME COMPLETO

MASCULINO / MASCULINO

FEMENINO / FEMININO

\_\_\_\_\_  
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE

\_\_\_\_\_  
PROFESION / PROFISSÃO

\_\_\_\_\_  
DIRECCION COMPLETA / ENDEREÇO COMPLETO  
(Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, Estado, País, email) / ( Rua, Número, CEP, Cidade, Estado, País email)



4. ORGANISMO DE ENLACE QUE EXTIENDE EL CERTIFICADO / ORGÃO DE LIGAÇÃO **XXXXXXXXXX**

<hr/>											
NOMBRE / NOME											
<hr/>											
DIRECCION / ENDEREÇO											
(Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, Estado, País, email ) / ( Rua, Número, CEP, Cidade, Estado, País, email)											
<hr/>	<hr/>										
FIRMA / ASSINATURA	TIMBRE O SELLO / CARIMBO OU SINETE										
<hr/>											
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											
FECHA / DATA											