

Le régime brésilien de sécurité sociale

- A. Généralités
- B. Financement
- C. Assurance maladie maternité
- D. Accident du travail et maladie professionnelle
- E. Pension d'invalidité
- F. Pension de vieillesse
- G. Pension de survivants
- H. Prestations familiales
- I. Assistance sociale
- J. Chômage

A. Généralités

Le Brésil est une fédération divisée en 26 États et un district fédéral.

Le salaire minimum est de 678 R\$ depuis le 1er décembre 2013 (*Au 1er octobre 2013, 1 real vaut 0,328 euros*).

Le régime brésilien de protection sociale couvre :

- la prévoyance sociale qui sert à remplacer le revenu de la personne assurée qui perd sa capacité de travail par suite de maladie, invalidité, vieillesse, décès, perte d'emploi involontaire, maternité ou emprisonnement. La prévoyance sociale est financée par les cotisations des employeurs et des salariés.
- la santé placée sous la tutelle du ministère de la santé et financée par le budget de l'État
- l'assistance sociale qui permet aux personnes âgées, handicapées, incapables de travailler qui n'ouvrent pas droit aux prestations d'assurance, de bénéficier, sous conditions de ressources, de prestations d'assistance. L'assistance sociale est placée sous la tutelle du ministère chargé de l'assistance sociale et elle est financée par le budget de l'État ;

La prévoyance sociale qui couvre contre les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès et chômage involontaire est gérée par l'institut national de sécurité sociale - [INSS \(Instituto Nacional do Seguro Social\)](#) placé sous la tutelle du ministère chargé de la protection sociale.

Le système de retraite brésilien fonctionne par répartition. Le ministère de la [Previdência social](#) gère deux systèmes de retraites :

- le *Regime proprio da previdência social* pour les fonctionnaires qui ne disposent pas de régime propre ;
- le *regime geral da previdência social* pour les salariés du secteur privé.

Ces deux régimes sont financés par le budget de la prévoyance sociale. A côté du régime de base, il existe des systèmes de retraite complémentaires financés par capitalisation.

Par ailleurs, il existe des régimes spéciaux (près de 2000 régimes propres) qui couvrent les fonctionnaires des États de la fédération, les militaires, les fonctionnaires des municipalités.

Le système unique de santé (SUS) placé sous la tutelle du [ministère chargé de la santé](#) a été mis en place en 1988 en application de la constitution fédérale qui pose le principe du droit à la santé pour tous. Il instaure un accès gratuit et universel aux services publics de santé dans les hôpitaux publics ou privés sous contrat. Les services de santé sont décentralisés et sont organisés au niveau des États et des municipalités.

Depuis 2006, date de signature du Pacte pour la Santé, le gestionnaire municipal assume la pleine gestion des actions et services de santé existant sur son territoire. Si la municipalité ne dispose pas de tous les services de santé, elle doit s'associer (par négociation et accord) avec les autres municipalités de la région, afin de pouvoir offrir à sa population un accès intégral aux soins. L'accord doit être validé par le gestionnaire de l'État. Le gouvernement de chacun des États de la fédération met en œuvre des politiques nationales et locales, tout en organisant l'accès aux soins à l'intérieur de son territoire

À côté du service public de santé il existe un système privé dans lequel la prise en charge des soins se fait sous la forme de :

- médecine de groupe offrant des plans de santé dont les soins sont assurés par des médecins et des établissements affiliés ,
- Assurances privées qui développent leur propre produits en matière de santé. Il existe 15 compagnies d'assurances privées ,
- Autogestion qui est pratiquée par certaines entreprises qui passent un contrat directement avec certains hôpitaux et médecins ,
- coopératives médicales qui représentent des groupes de médecins propriétaires d'un hôpital ; l'accès à ce dernier est assuré par des cotisations auprès de lui.

Les personnes exerçant une activité professionnelle au Brésil sont assurées auprès du régime brésilien de prévoyance sociale. Les différentes catégories d'assurés sont les suivantes :

- les salariées qui possèdent un livret de travail à jour, à l'exception des personnes qui relèvent d'un régime spécial,
- les employés de maison,
- les travailleurs intermittents offrant leurs services à plusieurs entreprises, mais sont engagés par l'intermédiaire de syndicats ou d'organismes gestionnaires de main d'œuvre,
- l'assuré individuel qui a le statut de travailleur indépendant effectuant des prestations de services,
- les aidants agricoles ainsi que le pêcheur artisanal et la personne qui exerce une activité agricole avec sa famille,
- les assurés volontaires (femmes au foyer, étudiants, chômeurs...).

Les prestations sociales sont servies par l'Instituto nacional do seguro social (INSS) dont la direction nationale se trouve à Brasilia (Caixa Postal 09714 - CEP 70040-976) et qui dispose de 5 directions régionales avec 100 agences locales ayant dans tout le pays des bureaux fixes (1158) et des bureaux itinérants (78).

B. Financement

Travailleurs salariés

Taux de cotisation au 1er janvier 2013

| Risques | Part patronale | Part salariale | Plafond mensuel |
|--|---|----------------------------|-----------------|
| Vieillesse-invalidité-décès Maladie-maternité | 20 % | de 8 % à 11 % ¹ | 4.159 R\$ |
| Accident du travail | de 1 % à 3 % selon les risques 0,1 % pour les employeurs agricoles | - | pas de plafond |

¹ Le taux de cotisations salariales dépend du montant des revenus, soit 3 taux de cotisations selon 3 niveaux de revenus :

- 8 % jusqu'à 1.247,70 reals,
- 9 % entre 1.247,71 reals et 2.079,50 reals,
- 11 % entre 2.079,51 reals et 4.159,0 reals.

Le risque chômage est financé par l'État ([Ministério do Trabalho e emprego](#)).

L'employeur assure le paiement du « salaire familial » ([cf. H. Prestations familiales](#)).

Travailleurs indépendants

Taux de cotisation au 1er janvier 2013

| Risques | Taux | Plafond |
|--|--|-------------|
| Vieillesse-invalidité-décès Maladie-maternité | 20 % du revenu déclaré + 11 % du salaire minimum légal (seulement pour la vieillesse) | 4.159 reals |

Le travailleur indépendant est couvert contre les risques maladie-maternité, invalidité-vieillesse-décès et a droit aux mêmes prestations que le travailleur salarié pour ces risques.

Informations concernant les travailleurs indépendants pour l'inscription et la constitution d'une société :

- Portail de l'auto-entrepreneur : <http://www.portaldoempendedor.gov.br/>

Affiliation volontaire

Taux de cotisation au 1er janvier 2013

| Risques | Taux | Plafond |
|--|------------------------|--|
| Vieillesse-invalidité-décès Maladie-maternité | 20 % du revenu déclaré | entre un minimum de 510 reals et un maximum de 4.159 reals |

Les prestations de prévoyance sociale sont financées par les cotisations payées par les employeurs, les salariés, les travailleurs indépendants et les assurés volontaires.

C. Assurance maladie maternité

1/ Prestations en nature

Les prestations en nature de l'assurance maladie-maternité sont servies gratuitement aux assurés au travers du système unifié de santé (SUS) qui est organisé autour du dispositif de « régulation » de l'offre de soins : l'utilisateur est dirigé vers le service adéquat à partir de l'unité de santé de base.

La porte d'entrée du système de santé doit être de préférence l'unité de base :

- les dispensaires,
- les centres de santé,
- les unités de Santé de la Famille.

Ensuite, le citoyen est dirigé vers les autres services plus spécialisés (les hôpitaux, les cliniques) dans une localité disposant du service nécessaire.

Chaque municipalité coordonne et planifie le SUS à l'échelon local. Elle élabore ses propres politiques de santé, tout en participant à l'application locale des politiques nationales et de l'État. Afin de garantir à sa population l'accès à tous les services de santé, elle peut s'associer avec d'autres municipalités disposant de structures adéquates.

En ce qui concerne les médicaments, ils sont à l'entière charge des assurés mais gratuits à l'hôpital.

De nombreuses entreprises souscrivent, pour leurs employés, un plan de santé auprès d'assurances privées qui se subsituent au régime officiel d'assurance maladie. Les prestations de ces plans sont diverses et peuvent permettre parfois l'accès gratuit aux établissements hospitaliers.

2/ Prestations en espèces

Pour bénéficier des prestations en espèces l'assuré doit être à jour dans le paiement des cotisations qui doivent avoir été versées à son nom pendant au moins 12 mois.

En cas d'accident, quelle qu'en soit l'origine (accident au travail ou en dehors du travail ou de maladie professionnelle) l'assuré est dispensé des conditions de stage. La condition de durée minimale de cotisations est également supprimée lorsque l'assuré est atteint de certaines maladies très graves (tuberculose active, lèpre, aliénation mentale, cécité, paralysie irréversible et invalidante, cardiopathie grave, maladie de Parkinson...).

En cas de perte de la qualité d'assuré social, les cotisations antérieurement versées seront prises en compte pour l'attribution de la prestation maladie uniquement dans le cas où, après une nouvelle adhésion à la prévoyance sociale, il existe au moins quatre cotisations qui ajoutées aux précédentes totalisent au moins 12 mois.

Ne peut pas prétendre à des prestations en espèces, la personne qui au moment de l'adhésion à la prévoyance sociale, est déjà atteinte d'une maladie ou d'une lésion justifiant l'attribution de prestations d'invalidité, sauf lorsque l'incapacité est due à l'aggravation de la maladie.

L'incapacité de travail doit être d'au moins 15 jours consécutifs. Pour les travailleurs titulaires du livret dûment signé (CTPS - Carteira de Trabalho e Previdência Social), les 15 premiers jours d'arrêt de travail sont payés par l'employeur, à l'exception des employés de maison, et à partir du 16ème jour d'arrêt de travail c'est la prévoyance sociale qui commence à verser les prestations.

Pour les autres assurés y compris les employés de maison, la prévoyance sociale verse la prestation dès le début de l'arrêt de travail et pendant toute la durée de l'incapacité.

L'incapacité doit être prouvée par un contrôle médical effectué par les services de l'INSS. Par la suite, le bénéficiaire de prestations en espèces de l'assurance maladie doit subir des examens médicaux périodiques et, s'il est reconnu qu'il ne peut pas reprendre son activité habituelle, il devra pour continuer à percevoir les prestations maladie, suivre un programme de réadaptation professionnelle pour exercer une autre activité.

Il n'y a pas de période minimale de cotisation pour avoir droit de suivre un programme de réadaptation professionnelle. Une fois terminé ce programme, la prévoyance sociale délivre un certificat indiquant l'activité pour laquelle le travailleur a été reconnu apte du point de vue professionnel.

La prestation maladie cesse d'être versée, lorsque l'assuré récupère sa capacité de gain et reprend son activité ou lorsqu'il n'existe plus aucune possibilité d'amélioration de l'état de santé ; dans ce cas, les prestations de maladie sont alors transformées en pension d'invalidité.

Le montant de l'indemnité journalière est égal à 91 % du salaire moyen (80 % du montant total des gains mensuels).

3/ Maternité

Une indemnité journalière au titre de la maternité peut être versée aux femmes qui perçoivent un revenu, à l'occasion d'un accouchement, d'une adoption ou de la garde d'un enfant en vue de son adoption.

Le montant de l'indemnité journalière est égal à 100 % :

- du dernier salaire pour les femmes salariées ;
- du revenu moyen des 12 derniers mois pour les non salariées et assurées volontaires.

Cette prestation est versée pendant 120 jours, dont au moins 28 jours avant l'accouchement. Dans certains cas exceptionnels, les périodes de repos avant et après l'accouchement, peuvent être augmentées de deux semaines, sur production d'un certificat médical.

En cas d'adoption ou de garde judiciaire en vue d'une adoption, la durée de versement de l'allocation dépend de l'âge de l'enfant :

- 120 jours, si l'enfant a moins d'un an ;

- 60 jours, si l'enfant est âgé entre 1 à 4 ans ;
- 30 jours, si l'enfant est âgé entre 4 à 8 ans.

Dans le cas d'adoption multiple, l'assurée a droit au versement à l'indemnité maternité en fonction de l'âge du plus jeune des enfants.

Depuis septembre 2003, le versement des indemnités aux salariées est effectué directement par les employeurs qui se font ensuite rembourser par l'INSS.

Aucune condition d'activité ou de durée de versement de cotisations n'est exigée pour prétendre à l'indemnité de maternité, il suffit que la femme soit assurée au régime de prévoyance sociale à la date de la cessation de l'activité, ou à la date de l'accouchement.

4/ Maintien des droits :

- Les droits sont maintenus sans limitation de temps, pour la personne qui perçoit des prestations ;
- Ils peuvent être maintenus jusqu'à 12 mois après la cessation de l'indemnisation au titre de l'incapacité ou le non paiement des cotisations mensuelles ;
- Ce délai peut être prolongé jusqu'à 24 mois, si le salarié a déjà versé plus de 120 cotisations mensuelles sans interruption au moment de la perte de la qualité d'assuré social ;

Pour le salarié sans emploi, les délais précédents sont prolongés de 12 mois, à condition que la situation soit certifiée notamment par l'inscription auprès des services du Ministère du travail et de l'emploi.

Il existe d'autres durées de maintien de droits en fonction de la situation de l'intéressé :

- Jusqu'à 12 mois après la fin d'une quarantaine obligatoire, pour l'assuré atteint d'une maladie contagieuse ;
- Jusqu'à 12 mois après la remise en liberté, pour l'assuré incarcéré ;
- Jusqu'à trois mois après la démobilisation, pour l'assuré incorporé dans les forces armées ;
- Jusqu'à six mois après l'interruption du paiement des cotisations pour l'assuré volontaire.

D. Accidents du travail et maladies professionnelles

Bénéficiaire de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, le travailleur salarié, le travailleur indépendant, le travailleur intermittent et l'aide agricole.

Est considéré comme accident du travail, l'accident survenu dans l'exercice du travail ou pendant le trajet entre domicile et le lieu de travail et inversement.

Les maladies professionnelles sont répertoriées dans une liste.

Les prestations sont accordées dans le cadre de l'assurance maladie ou de l'assurance invalidité, mais sans condition de durée minimale de versement de cotisations. Le travailleur doit simplement avoir la qualité d'assuré social et prouver son incapacité pour l'exercice de son activité, au moyen d'un examen par les services de contrôle médical de l'INSS.

1/ Indemnités journalières

Pendant les 15 premiers jours d'arrêt de travail, 100 % du dernier salaire est versé par l'employeur pour les travailleurs salariés. Ensuite, c'est l'INSS qui est responsable du paiement de la prestation. La prestation cesse d'être versée lorsque l'assuré récupère sa capacité de travail et reprend son activité ou lorsque la prestation est remplacée par une pension d'invalidité.

Le travailleur indépendant ne percevra une indemnité journalière qu'à partir du 16^{ème} jour d'incapacité.

Au delà des 15 premiers jours, le montant de l'indemnité journalière versé par l'INSS est égal à 91 % du revenu moyen (80 % du montant total des gains mensuels) sans dépasser 4.159 reals.

2/ Prestations à long terme

En cas d'incapacité permanente l'intéressé bénéficie d'une pension d'invalidité sans condition de versement de cotisations préalables. Lorsque la victime reste incapable d'exercer son activité antérieure, mais ne remplit pas les conditions d'incapacité pour prétendre à une pension d'invalidité, des prestations d'accidents du travail peuvent lui être servies à la fin de la perception des indemnités journalières de l'assurance maladie.

a) Prestation accident

Cette indemnité accident servie à la fin de la perception des indemnités de maladie, représente 50% du revenu de base qui a servi au calcul de la prestation maladie.

Le montant de la prestation minimum est égal au salaire minimum (678 reals).

La prévoyance sociale offre un programme de réadaptation professionnelle au travailleur qui perçoit cette prestation qui peut être cumulée avec d'autres avantages, à l'exception des pensions. En effet le versement de cette prestation cesse dès que le travailleur devient titulaire d'une pension d'invalidité ou de vieillesse.

b) Pension d'invalidité

En cas d'incapacité permanente, si l'assuré est totalement incapable d'exercer une activité lui permettant de subvenir à ses besoins, il peut prétendre à une pension d'invalidité dans le cadre de l'assurance invalidité (voir ci-dessous) sans condition de durée d'affiliation préalable. Il suffit qu'il ait été assuré au moment de l'accident.

La pension d'invalidité totale est égale à 100 % de la moyenne des revenus sur lesquels les cotisations ont été versées majorée de 25 % en cas de nécessité de l'assistance d'une tierce personne.

E. Pension d'invalidité

La pension d'invalidité est attribuée aux travailleurs qui, en raison de maladie ou d'accident sont considérés après expertise médicale des services de l'INSS, inaptes pour l'exercice de leur activité ou pour toute activité qui leur permettrait de subvenir à leurs besoins.

Ne peut prétendre à la pension d'invalidité l'assuré qui, en adhérant à la prévoyance sociale, a déjà une maladie ou une lésion justifiant l'attribution d'une pension d'invalidité, sauf lorsque l'incapacité est due à une aggravation de la maladie.

Pour avoir droit à la pension d'invalidité, le travailleur doit avoir versé des cotisations pendant au moins 12 mois en cas de maladie. En cas d'accident, aucune condition de stage n'est requise, il faut simplement être inscrit à la prévoyance sociale.

La pension d'invalidité totale est égale à 100 % de la moyenne des revenus sur lesquels des cotisations ont été versées majorée de 25 % en cas de nécessité de l'assistance d'une tierce personne.

Le montant de la pension minimum s'élève à 678 R\$ et celui de la pension maximum à 4.159 R\$.

Le bénéficiaire d'une pension d'invalidité doit subir un examen médical tous les deux ans, sous peine de suspension de la prestation. Cette pension cesse d'être versée, lorsque l'assuré récupère sa capacité de gain et reprend son activité.

F. Pension de vieillesse

1/ Retraite de la prévoyance sociale

Le droit à pension de vieillesse est ouvert à 65 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes. Dans le secteur de l'agriculture, les travailleurs peuvent prétendre à une pension à partir de 60 ans pour les hommes et 55 ans pour les femmes.

Pour bénéficier d'une retraite, il faut être inscrit à la prévoyance sociale (previdência social) et avoir versé un certain nombre de mois de cotisations :

- 180 mois pour les personnes assurées à partir du 25 juillet 1991 ;

- pour celles assurées avant le 24 juillet 1991 le nombre de mois à accomplir dépend de la date à laquelle les conditions pour bénéficier de la retraite sont remplies (entre 60 mois et 180 mois : 168 en 2009, 174 mois en 2010 et 180 mois depuis 2011).

Selon la loi n° 10.666 du 8 mai 2003, s'il n'y a pas de versement de cotisations après juillet 1994, dès que l'assuré a accompli la durée minimale de cotisation requise, le montant de la retraite sera équivalent au salaire minimum.

L'assuré n'a pas besoin d'abandonner son activité pour bénéficier de sa pension de vieillesse.

Pour obtenir une pension complète, il faut avoir accompli 35 ans d'assurance pour les hommes et 30 ans pour les femmes.

Les personnes qui ont travaillé dans des conditions nuisibles pour la santé ou qui ont été exposées à des agents chimiques nocifs, biologiques ou association d'agents dangereux pour la santé, peuvent bénéficier de la retraite complète avec 15, 20 ou 25 ans de cotisations en fonction de la pénibilité du travail effectué.

Pour prétendre à cet avantage il convient de prouver, en plus du temps de travail, d'une exposition effective. Le salarié doit en outre être membre affilié à une coopérative de travail ou de production. Enfin, l'exposition aux agents nocifs doit avoir eu lieu de façon normale et permanente et non pas de façon occasionnelle ou intermittente.

Le montant de la pension est égal à 70 % de la moyenne des revenus + 1% par année de cotisation dans la limite de 100% de la moyenne des revenus.

Pour les personnes assurées avant le 29 novembre 1999, la moyenne des revenus est égale à 80 % des meilleurs revenus sur lesquels les cotisations ont été versées depuis 1994 (jusqu'en 1994 inflation très élevée).

Pour les personnes assurées depuis le 28 novembre 1999, la moyenne des revenus est égale à 80% des meilleurs revenus sur lesquels les cotisations ont été versées.

La pension est versée sur 13 mensualités.

Le montant de la pension minimum s'élève à 678 R\$ et la pension maximum à 4.159 R\$.

2/ Assurance complémentaire : fonds de pension

L'assurance complémentaire constitue une prestation optionnelle, garantissant au travailleur une assurance additionnelle, en fonction de ses besoins et sur une base volontaire. En y souscrivant, le travailleur est assuré d'obtenir une rente supplémentaire pour lui-même ou pour toute personne qu'il aura désignée. Le gestionnaire se charge de l'application des montants souscrits, sur la base de taux actuariels.

En plus de cette rente, le souscripteur ouvre également droit à une assurance vie, et il est également couvert contre les accidents, la maladie, l'invalidité.

Ces deux types d'assurance obéissent à un même principe : pendant sa période d'activité, le travailleur épargne un montant mensuel en fonction de ses moyens : il pourra ensuite racheter intégralement la totalité de l'épargne accumulée ou bien en bénéficier chaque mois, comme d'une pension.

On distingue deux types d'assurance complémentaires : les fonds de pension ouverts et les fonds de pension fermés. Ces deux types de fonds de pension professionnelle complètent le système public obligatoire basé sur les retenues à la source.

Les **fonds de pension ouverts**, sont ouverts au grand public et sont gérés par des compagnies d'assurance, des filiales de banques et des organisations à but non lucratif. L'autorité de surveillance de l'assurance, bureau semi-autonome relevant du ministère des finances, surveille les fonds ouverts.

Les souscripteurs de ces fonds peuvent décider d'y entrer ou d'en sortir à tout moment. Les entreprises peuvent y participer pour le compte de leurs employés mais n'ont aucune obligation de contribution.

Les **fonds de pension fermés**, sont des institutions à but non lucratif, dotés de plans d'assurance collective. Ces fonds sont réservés aux employés d'une entreprise et aux agents de l'Union des Etats, du district fédéral et des municipalités. Ils sont également accessibles aux associés ou aux membres d'une personne morale de type professionnel.

Les fonds de pensions fermés sont créés sous la responsabilité d'une ou de plusieurs sociétés dans un même secteur d'activité, de syndicats de travailleurs, et de groupes professionnels à l'égard de leurs travailleurs. Depuis 2003, les travailleurs rattachés à des organismes représentatifs, tels que les syndicats, les coopératives et les corporations ouvrent aussi droit à une assurance complémentaire "fermée", ce qu'on appelle une assurance associative.

Le 26 janvier 2010 un nouveau régulateur pour les fonds de pension fermés a été mis en place. Il s'agit du Previc qui remplace le régulateur précédent qui relevait du ministère de la prévoyance sociale. Il est administré par un Conseil d'administration et possède son propre budget financé principalement par des frais versés par les fonds de pension sur la base des avoirs dont ils assurent la gestion.

La part de la contribution de l'entreprise s'élève à 30% de la somme totale versée.

G. Pension de survivants

Le travailleur qui à la date du décès avait la qualité d'assuré social peut prétendre pour les membres de sa famille à une prestation de survivants.

Si le décès survient après la perte de la qualité d'assuré social, les ayants droit pourront bénéficier de la prestation à condition que le travailleur remplisse à la date de son décès les conditions pour l'attribution de la pension ou que le droit à pension d'invalidité soit reconnu par l'INSS.

Peuvent prétendre à une pension de survivants les :

- Conjoint/e, concubin/e et enfants mineurs de 21 ans ou handicapés s'ils n'ont pas été émancipés entre 16 et 18 ans ;
- Parents ;
- Frères et sœurs non émancipés, mineurs de 21 ans ou handicapés ;
- beaux-enfants et mineurs de 21 ans qui sont confiés à la garde de l'assuré ont les mêmes droits que les enfants de l'assuré, s'ils ne possèdent pas de biens pour garantir leurs besoins et leur éducation.

La dépendance financière est présumée entre conjoints, concubins et enfants. Dans les autres cas, elle doit être prouvée sur présentation de justificatifs, tels que la déclaration de l'impôt sur le revenu, etc.

Pour être considéré/e concubin/e, il faut prouver le caractère stable de l'union avec l'assuré/e.

Le montant de la pension de survivants s'élève à 100 % de la pension que percevait l'assuré décédé.

Dans le cas où il existe plusieurs bénéficiaires, la pension de survivants sera répartie à parts égales entre tous les bénéficiaires. Si l'un des ayants droit n'ouvre plus droit à la prestation, la pension est recalculée entre les survivants restants.

H. Prestations familiales (Salario familia) au 1er janvier 2014

Pour aider les ménages à élever leurs enfants l'employeur peut servir, sous condition de ressources (salaire inférieur à 1.025,81 R\$), le salaire familial.

Les chômeurs et les travailleurs indépendants ne peuvent pas prétendre à cette prestation.

Lorsque le père et la mère sont tous les deux salariés assurés, ils peuvent ouvrir droit tous les deux à cette prestation.

Pour bénéficier de cette prestation les enfants doivent être âgés de moins de 14 ans ou sans condition d'âge s'ils sont handicapés. Cette prestation est servie sans condition de durée d'assurance, il suffit d'avoir la qualité de salarié.

Montant de l'allocation

Le montant de l'allocation dépend du salaire de l'intéressé :

- 35 R\$ par enfant si le salaire ne dépasse pas 682,50 R\$
- 24,66 R\$. si le salaire est compris entre 682,51 R\$ et 1.025,81 R\$

I. Assistance sociale

Prestation continue de l'assistance sociale aux personnes âgées et aux handicapés (Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC-LOAS, loi organique pour l'assistance sociale)

Le BPC-LOAS est une prestation versée par l'assistance sociale intégrée au Système Unique de l'Assistance Sociale (SUAS), financée par le gouvernement fédéral, et servie par l'INSS.

Elle permet aux personnes âgées et aux handicapés de disposer d'un minimum vital.

- **Personne âgée - IDOSO (sénior)** : pour y prétendre il faut être âgé de 65 ans ou plus, ne percevoir aucune allocation accordée par la prévoyance sociale, ni d'aucun autre régime social et le foyer ne doit pas disposer d'un revenu par personne supérieur à $\frac{1}{4}$ du salaire minimum en vigueur, soit 169,50 R\$.
- **Personne handicapé - Pcd** : pour y prétendre il faut présenter un état d'invalidité empêchant de mener une vie autonome, une incapacité pour le travail et justifier d'un revenu familial par personne inférieur au $\frac{1}{4}$ du salaire minimum. Les conditions d'attribution sont examinées par le service social et par le contrôle médical de l'INSS.

Pour le calcul du revenu familial, il est tenu compte du nombre de personnes vivant sous le même toit, à savoir : le requérant, conjoint/e, concubin/e, l'enfant non émancipé, le mineur de 21 ans ou handicapé, parents, frères et sœurs non émancipés mineurs de 21 ans et handicapés. Le beau-fils et le mineur de moins de 21 ans sous tutelle ont les mêmes droits que les enfants de l'assuré dans le cas où ils ne disposent pas de moyens de pourvoir à leurs besoins et éducation.

Cette aide sociale peut être versée à plus d'un membre de la famille dès que les conditions requises sont réunies. Dans ce cas, le montant de l'allocation octroyée antérieurement doit être inclus dans le calcul du revenu familial.

Cette aide cesse d'être versée lorsque les conditions qui ont conduit à l'attribution de ladite aide seront surmontées ou au décès de son bénéficiaire.

J. Chômage

Les prestations chômage sont financées par l'Etat.

Le travailleur indépendant ne cotise pas et n'a pas droit à la couverture chômage.

Un assuré a droit à des prestations chômage s'il a cotisé comme travailleur salarié pendant au moins 6 mois au cours des 36 derniers mois.

La durée de versement dépend du nombre de mois de cotisations :

- 3 mois de prestations pour une période de cotisation entre 6 à 11 mois ;
- 4 mois de prestations pour une période de cotisation entre 12 à 23 mois ;
- 5 mois de prestations pour une période de cotisation de 24 mois ou plus.

L'allocation de chômage est versée sous condition de ressources. Elle est calculée en pourcentage du salaire moyen des trois derniers mois :

- 80 % du salaire moyen si la moyenne des revenus des trois derniers mois est de 1.090,43 R\$ ou moins ;
- 50 % du salaire moyen si la moyenne des revenus des trois derniers mois se situe entre 1.090,44\$ et 1.817,56 R\$ (une somme forfaitaire de 872,35 R\$ mensuelle est versée en complément) ;
- une somme forfaitaire de 1.235,91 R\$ est versée mensuellement si la moyenne des revenus est supérieure à 1.817,56 R\$.

Le montant minimum de l'allocation de chômage s'élève à 678 R\$ et le montant maximum est de 1.235,91 R\$.