

**ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE A REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL E O CANADÁ
AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN THE FEDERATIVE REPUBLIC OF BRAZIL AND CANADA**

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE APOSENTADORIA POR IDADE
APPLICATION FORM FOR BRAZILIAN OLD-AGE**

**ESTE FORMULÁRIO DEVE SER APRESENTADO À INSTITUIÇÃO COMPETENTE NO CANADÁ OU NO BRASIL. /
THIS FORM MUST BE SUBMITTED TO THE COMPETENT INSTITUTION IN CANADA OR BRAZIL.**

**A DATA DA SOLICITAÇÃO DEVE SER COMPLETADA PELA INSTITUIÇÃO COMPETENTE /
DATE OF APPLICATION TO BE COMPLETED BY THE COMPETENT INSTITUTION**

Data da solicitação Date of Application	____/____/____ (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/aaaa)
--	---

1	INSTITUIÇÃO DESTINATÁRIA / ADDRESSEE INSTITUTION
Denominação / Name	
Se estiver no Canadá / If you are in Canada	Se estiver no Brasil / If you are in Brazil
International Operations Service Canada Ottawa ON K1A 0L4 CANADA	Agência da Previdência Social Atendimento de Acordos Internacionais Brasília-DF Endereço: SCRS Quadra 502, Bloco B, Lotes 08 a 12, 1º andar Brasília – Distrito Federal - Brasil CEP: 70.330-520

AS SEÇÕES DE 2 A 7 DEVEM SER PREENCHIDAS PELO SEGURADO / THE SECTIONS 2-7 MUST BE COMPLETED BY THE INSURED PERSON

2	DADOS RELATIVOS AO SEGURADO / INSURED PERSON'S DETAILS	
Nome do segurado / Insured's name Primeiro nome / First name	Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last name
Nome da mãe / Mother's name Primeiro nome / First name	Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last name
Nome do pai / Father's name Primeiro nome / First name	Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last name
DADOS DO NASCIMENTO / BIRTH DATA		
Cidade de nascimento / Birthplace	Estado / State or Province	País / Country
Data de nascimento / Date of birth (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy) ____/____/____	Sexo / Gender M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Nacionalidade / Nationality

3	DADOS RELATIVOS AO PROCURADOR OU REPRESENTANTE LEGAL (se for o caso) - ANEXAR DOCUMENTO COMPROBATÓRIO LEGAL REPRESENTATIVE DETAIL (if applicable) - ATTACH SUPPORTING DOCUMENTATION EVIDENCE						
Nome e sobrenome / Name and Last name							
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PROCURADOR/IDENTIFICATION DOCUMENT OF LEGAL REPRESENTATIVE							
<input type="checkbox"/>	Número do Documento de Identificação Brasileiro / Brazilian Identification Document Number	Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy) ____/____/____					
<input type="checkbox"/>	Número do Documento de Identificação Canadense / Canadian Identification Document Number						
<input type="checkbox"/>	Outro País / Other Country _____						
Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil / Brazilian Individual Taxpayer Registration:							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"> </td> </tr> </table>							
Número de Identificação do Trabalhador- NIT no Brasil / Brazilian Worker's Identification Number – NIT:							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"> </td> </tr> </table>							
DADOS RESIDENCIAIS / HOME ADDRESS							
País / Country		Estado / Province	Cidade / City				
Rua/Street Bairro/ Neighbourhood (if applicable) Logradouro/ Sidewalk (if applicable)		CEP / Postal Code					
Apt., Villa. / Apt Number, Village:		Telefone / Telephone number					
E-mail:							

4	DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES NO BRASIL, CANADÁ E OUTROS PAÍSES / INSURED PERSON'S WORK HISTORY IN BRAZIL, CANADA AND OTHER COUNTRIES.					
Nome da Empresa onde exerce a atividade / Company or Employer's Name where the person exerts or has exercised activity	Nº Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica-CNPJ / Corporate Taxpayer Registry-CNPJ	País / Country	Atividade e o regime de Previdência a que estava coberto / Activity and the Social Security Regime that was covered	Desde / From (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)	Até / To (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)	Observações / Observations
				____/____/____	____/____/____	
				____/____/____	____/____/____	
				____/____/____	____/____/____	

				___/___/___	___/___/___	
				___/___/___	___/___/___	

5	DADOS BANCÁRIOS / BANKING DETAILS	Brasil / Brazil	<input type="checkbox"/>	Canadá / Canada	<input type="checkbox"/>
Nome do titular / Holder's name					
Nome do Banco / Bank's name					
Número e nome da Agência Bancária / Branch's name and code					
Endereço do Banco / Bank's address					
Código bancário BIC/SWIFT / Bank identification Code (BIC/SWIFT)					
Número da Conta Bancária / Account Number					

6	DECLARAÇÃO DO REQUERENTE / APPLICANT STATEMENT
<p>Eu declaro que as informações constantes nesta solicitação são verdadeiras, completas e de meu conhecimento e comprometo-me a fornecer as informações que sofrerem alterações, posteriores a este requerimento. Autorizo às instituições competentes brasileiras e canadenses a trocar todas as informações e documentos que se relacionam a este requerimento de benefício.</p> <p>I certify that the information contained in this application is true and complete to the best of my knowledge and I undertake to provide any information that should change, subsequent to this application. I authorize the competent social security institutions in Brazil and Canada to exchange all information and documents relating to this application for benefits.</p> <p>Local / Place: _____</p> <p style="text-align: center;"> ___/___/___ Data da solicitação (dd/mm/aaaa) / Date of Application (dd/mm/yyyy) </p> <p style="text-align: right;"> _____ Assinatura do requerente / Applicant Signature </p>	

7	TERMO DE RESPONSABILIDADE / TERM OF RESPONSIBILITY
<p>Pelo presente Termo de Responsabilidade declaro estar ciente de que a ocorrência de óbito ou emancipação de dependentes deverá ser comunicada ao INSS no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data em que o mesmo ocorrer, mediante apresentação da respectiva certidão. A falta do cumprimento do compromisso ora assumido ou de qualquer declaração falsa, além de obrigar a devolução de importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-se-á às penalidades previstas no art. 171 e 299 do Código Penal.</p> <p>I hereby sign this Disclaimer and declare to be aware that the occurrence of death or emancipation of dependents must be reported to the INSS within 30 (thirty) days, from the date on which it occurs, by means of death's certificate or other supporting document. Non-compliance to this or any false statement made, in addition to forcing the return of undue payment, if applicable, will subject me to the penalties provided for in art. 171 and 299 of the Penal Code.</p>	
<p>Local / Place: _____</p> <p>_____/_____/_____</p> <p>Data da solicitação (dd/mm/aaaa) / Date of Application (dd/mm/yyyy)</p>	<p>_____</p> <p>Assinatura do requerente / Applicant Signature</p>

A CARGO DA INSTITUIÇÃO COMPETENTE / TO BE COMPLETED BY THE COMPETENT INSTITUTION

8	INSTITUIÇÃO COMPETENTE / COMPETENT INSTITUTION
<p><input type="checkbox"/> A exatidão dos dados pessoais indicados neste formulário foi verificada. The accuracy of personal data in this form has been verified.</p> <p><input type="checkbox"/> Outras informações / Other information</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Local e Data (dd/mm/aaaa) / Place and Date (dd/mm/yyyy): _____, ____/____/____.</p> <p>_____</p> <p>Carimbo / Stamp</p> <p>_____</p> <p>Assinatura / Signature</p>	