

**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 INVALIDEZ
APPLICATION FORM FOR BRAZILIAN DISABILITY BENEFIT**

**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 MUST BE COMPLETED BY THE COMPETENT INSTITUTION**

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

1	INSTITUIÇÃO DESTINATÁRIA / ADDRESSEE INSTITUTION
Denominação / Name	
Se estiver no Canadá / If you are in Canada International Operations Service Canada Ottawa ON K1A 0L4 CANADA	Se estiver no Brasil / If you are in Brazil 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 2-7 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 / 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

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

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.

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 a death certificate or 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.

Local / Place: _____

_____/_____/_____
Data da solicitação (dd/mm/aaaa) /
Date of Application (dd/mm/yyyy)

Assinatura do requerente / Applicant signature

A CARGO DA INSTITUIÇÃO COMPETENTE / TO BE COMPLETED BY THE COMPETENT INSTITUTION**8 INSTITUIÇÃO COMPETENTE / COMPETENT INSTITUTION**

A exatidão dos dados pessoais indicados neste formulário foi verificada.
The accuracy of personal data in this form has been verified.

Relatório médico BRA-CAN 09 em anexo.
Medical report BRA-CAN 09 attached.

Outras informações / Other information

Local e Data (dd/mm/aaaa) / Place and Date (dd/mm/yyyy): _____, ____/____/____.

Carimbo / Stamp

Assinatura / Signature