

[illegible]

ELEMENTOS RELATIVOS À EMPRESA
INDICAZIONI RIGUARDANTI L'IMPRESA

NOME OU RAZÃO SOCIAL / NOME O RAGIONE SOCIALE: Nº DE CONTRIBUIÇÃO / Nº IRRATRICOLAZIONE _____

ENDEREÇO / INDIRIZZO: _____

LOCALIDADE / CITTA

RUA / VIA

NÚMERO / NUMERO

CERTIFICA-SE QUE O TRABALHADOR ANTERIORMENTE CITADO FOI DESTACAO PELA SUA EMPRESA:

SI DICHIARA CHE IL LAVAROTORE SUMMENZIONATO Á ATATO DISTACCATO DALLA PROPRIA IMPRESA;

POR UM PERÍODO COMPREENDIDO DESDEA.....

PER IL PERIODO COMPRESO DALAL.....

JUNTO AO ESTABELECIMENTO DENOMINADO
PRESSO LO STABILIMENTO SOTTTO CITADO

ENDEREÇO / INDIRIZZO: _____

LOCALIDADE / CITTA

RUA / VIA

NÚMERO / NUMERO

LA FORMA DAS DISPOSIÇÕES ACIMA CITADAS, O TRABALHADOR CONTINUA SUJEITO Á LEGISLAÇÃO DO ESTADO DE TRABALHO HABITUAL E TEM DIREITO DURANTE A SUA DESLOCAÇÃO ÀS PRESTAÇÕES "IN NATURA", EM CASO DE NECESSIDADE PAR SI E PARA OS FAMILIARES QUE O ACOMPANHEM NUM PERÍODO MÁXIMO DE.....DIAS E PARA AS DOENÇAS SOBREVINDAS NO PERÍODO DE DESLOCAÇÃO.

IN BASA ALLE DISPOSIZIONI PREDETTE, IL LAVORATORE RESTA SOGGETO ALLA LEGISLAZIONE ALLO STATO DI LAVORO ABITUALE ED HA DIRITTO DURANTE IL SUO DISTACCO ALLE PRESTAZIONE "IN NATURA", IN CASO DI NECESSITA, PER SÉ O PER I PROPRI FAMILIARIONE LO ACCOMPAGNARE, PER UN PERIODO MASSIMO DI GIORNI.....E PER LE MARATTIE INSORRE NEL IODO DI DISTACCO.

EM.....A.....DE.....DE 19.....

IN.....A.....DI.....DAS 19.....

O.....

IL.....



(ASSINATURA E CARIMBO DO ÓRGÃO)
(FIRMA E TIMBRO DELLO / ORGANISMO COMPETENTE)

**PROTOCOLLO AGGIUNTIVO ALL'ACCORDO DI EMIGRAZIONE ITALIA-BRASILE
PROTOCOLO ADICIONAL AO ACORDO DE MIGRAÇÃO ITÁLIA-BRASIL**

- * Formulário da usare per le domande presentate in ITALIA/BRASILE
- * Formulário a ser usado para os pedidos apresentados na ITÁLIA/BRASIL

DOMANDA DI PRESTAZIONE

PEDIDO DE PRESTAÇÃO

**AVVERTENZE PER LA COMPILAZIONE
ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO**

Si prega di scrivere in stampatello o, comunque, in modo leggibile

DOMANDA DI PENSIONE
PEDIDO DE APOSENTADORIA/PENSÃO

(2)

☐ DI VECCHIAIA
POR IDADE

CONTRASSEGNARE COM X LA PREST. RICHIESTA

☐ DI INVALIDITÀ
POR INVALIDEZ

MARCAR COM X O BENEFÍCIO REQUERIDO

☐ DI ANZIANITÀ
POR ANC. DE SERVIÇO

☐ AI SUPERSTITI
POR MORTE

PRESENTATA DA APRESENTADO POR	COGNOMI(*) E NOME DEL.... RICHIEDENTE / SOBRENOME E NOME DO(A) REQUERENTE
----------------------------------	---------------------------------------------------------------------------

NAZIONALITÀ _____ SESSO _____

NACIONALIDADE _____ SEXO _____

STADO CIVILE _____

ESTADO CIVIL CELIBE, NUBILE, CONJUGATO/A, VEDOVO/A, DIVORZIATO/A, SEPARATO/A
SOLTEIRO(A), CASADO(A), VIÚVO(A), DIVORCIADO(A)(**), DESQUITADO(A)

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

LOCAL E DATA DE NASCIMENTO

LUOGO E DATA DEL MATRIMONIO _____

LOCAL E DATA DE CASAMENTO

INDIRIZZO COMPLETO - PLAZZA CAIROLI

ENDEREÇO COMPLETO - VIA, NUMERO, PIANO, INTERNO - RUA, NÚMERO, ANDAR, APARTAMENTO

LOCALITÀ, PROVINCIA, STATO - CIDADE, ESTADO, APARTAMENTO

(DA COMPILARE NEL CASO DI PENSIONE AI SUPERSTITI)

(A SER PREENCIDO NO CASO DE PENSÃO PARA OS BENEFICIÁRIOS)

COGNOMI(*) E NOME _____
SOBRENO(*) E NOME _____

NAZIONALITÀ _____ SESSO _____

NACIONALIDADE _____ SEXO _____

STADO CIVILE _____

ESTADO CIVIL CELIBE, NUBILE, CONJUGATO/A, DIVORZIATO/A, SEPARATO/A
SOLTEIRO(A), CASADO(A), VIÚVO(A), DIVORCIADO(A)(**), DESQUITADO(A)

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

LOCAL E DATA DE NASCIMENTO

NOME E COGNOMI DEI GENITORI _____

NOME DOS PAIS

LUOGO E DATA DEL DECESSO _____

LOCAL E DATA DO FALECIMENTO

STATO DI FAMIGLIA - DADOS DE PARENTESCO

COGNOME E NOME SOBRENOMES E NOME	RELAZIONE DI PARENTELA PARENTESCO	DATA DI NASCITA DATA DE NASCIMENTO	ANNOTAZIONI ANOTAÇÕES

**ALTRE NOTIZIE CONCERNENTI L'ASSICURAT...
OUTRAS INFORMAÇÕES CONCERNENTES AO SEGURADO(A)**

DATA DE CESSAZIONE DELL'ULTIMA OCCUPAZIONE IN BRASILE:
DATA DO TÉRMINO DA ÚLTIMA ATIVIDADE NO BRASIL:

IN QUALITÀ DI LAVORATORE DIPENDENTE _____
NA QUALIDADE DE TRABALHADOR ASSALARIADO

IN QUALITÀ DI LAVORATORE AUTONOMO _____
NA QUALIDADE DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

**PERIODI DI LAVORO IN BRASILE
PERÍODOS DE TRABALHO NO BRASIL**

DAL DESDE	AL ATÉ	DENOMINAZIONE E INDIRIZZO DELLA DITTA (NEL CASO DI LAVORO ALLE DIPENDENZE DI TERZI) DENIMINAÇÃO E ENDEREÇO DA FIRMA (NO CASO DE TRABALHO SOB A DEPENDÊNCIA DE TERCEIROS LOCALITÀ IN CUI IL LAVORO È STATO EFFETTUATO (NEL CASO DI LAVORO AUTONOMO). LOCAL ONDE DESENVOLVEU A ATIVIDADE (NO CASO DE TRABALHADOR AUTÔNOMO)	DENOMINAZIONE DELL'ORGANISMO BRASILIANO DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO DE PREVIDÊNCIA BRASILEIRO

DOCUMENTAZIONE DEL LAVORO IN BRASILE E PRESENTATA DAL. RICHIEDENTE A CORREDO DELLA DOMANDA:
DOCUMENTAÇÃO REFERENTE AO TRABALHO NO BRASIL, APRESENTADA PELO(A) REQUERENTE, EM ANEXO A PEDIDO:

ALTRE NOTIZIE CONCERNENTI L'ASSICURAT....
OUTRAS INFORMAÇÕES CONCERNENTES AO SEGURADO(A)

ULTIMA OCCUPAZIONE IN PRESSO TERZI _____
ÚLTIMA ATIVIDADE NA ITÁLIA COMO EMPREGADO

PRECISARE LA L'ATTIVITÀ LAVORATIVA ESERCITATA E LA LOCALITÀ IN CUI IL LAVORO È STATO
EFFETTUATO (COMUNE E PROVINCIA)
INDICAR O TIPO DE TRABALHO EXERCIDO E O LOCAL DO EMPREGO (CIDADE E PROVÍNCIA)

ULTIMA OCCUPAZIONE IN ITALIA IN QUALITÀ DI LAVORATORE AUTONOMO _____
ÚLTIMA ATIVIDADE NA ITÁLIA, NA QUALIDADE DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

PRECISARE LA RELATIVA QUALIFICA E INDICARE LA LOCALITÀ IN CUI IL LAVORO È STATO EFFETTUATO
(COMUNE E PROVINCIA)
INDICAR A RESPECTIVA QUALIFICAÇÃO E O LOCAL DA ATIVIDADE (CIDADE E ESTADO)

DATA DI CESSAZIONE ELL'ULTIMA OCCUPAZIONE IN ITALIA _____
DATA DE TÉRMINO DA ÚLTIMA ATIVIDADE NA ITÁLIA

IN QUALITÀ DI LAVORATORE DIPENDENTE _____
NA QUALIDADE DE EMPREGADO

IN QUALIÀ DI LAVORATORE AUTONOMO _____
NA QUALIDADE DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

NUMERO DELLA POSIZIONE ASSCURATIVA O DELLA MATRICOLA ASSICURATIVA IN ITALIA (SE CONOSCIUTO)
NÚMERO DE INSCRIÇÃO NA PREVIDÊNCIA OU DA MATRÍCULA PREVIDENCIÁRIA NA ITÁLIA (SE CONHECIDO)

PERIODI DI LAVORO IN ITALIA
PERÍODOS DE TRABALHO NA ITÁLIA

DAL DESDE	AL ATÉ	ATIVITA' LAVORATIVA ESERCITATA TIPO DE TRABALHO EXERCIDO	LOCALITA' IN CUI IL LAVORO ESTATO EFFETTUATO (COMUNE E PROVINCIA) LOCAL DA ATIVIDADE (CIDADE E PROVÍNCIA)	DENOMINAZIONE E SEDE DELL' ORGANISMO ASSICURATORE DENOMINAÇÃO E SEDE DO ÓRGÃO DE PREVIDÊNCIA

N. R. - SE L' ASSICURATO HA PRESTATO SERVIZIO MILITARE, ALLEGARE IL FOGLIO MATRICOLARE PERL' EVENTUALE RICONOSCIMENTO.
NOTA: NO CASO DO SEGURADO TER PRESTADO SERVIÇO MILITAR, ANEXAR O CORRESPONDENTE CERTIFICADO PARA EVENTUAL CONFERÊNCIA.

IL RICHIEDENTE _____ IN ITALIA DI: _____
PRECISARE IL GENERE DI PRESTAZIONE
ESPECIFICAR O TIPO DE BENEFÍCIO

O(A) REQUERENTE _____ NA ITÁLIA DE:

A CARICO DEL _____ DAL _____
A CARGO DE _____ DENOMINAZIONE DELL' ORGANISMO ASSICURATORE
DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO DE PREVIDÊNCIA DESDE

E NELLA REPUBBLICA FEDERATIVA DEL BRASILE _____ DI

PRECISARE IL GENERE DI PRESTAZIONE
ESPECIFICAR O TIPO DE BENEFÍCIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL _____ DE

A CARGO DI _____ DAL _____
A CARGO DE _____ DENOMINAZIONE DELL' ORGANISMO ASSICURATORE
DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO DE PREVIDÊNCIA DESDE

FIRMA DEL..... RICHIEDENTE ASSINATURA DO REQUERENTE

DA COMPILARE DA PARTE DELL' INPS/INSS (ITALIA/BRASILE) - A SER PREENCHIDO PELO INPS/INSS (ITÁLIA/BRASIL)

LA DOMANDA È PERVENUTA IL _____
O PEDIDO FOI RECEBIDO EM _____

SI ATTESTA CHE I DATI ANAGRAFICI RIPORTATI NEL PRESENTE FORMULARIO SONO STATI RILEVATI DAI DOCUMENTI ORIGINALI PRESENTATI DALL' INTERESSATO(A)
ATESTA-SE QUE OS DADOS PESSOAIS CONSTANTES DO PRESENTE FORMULÁRIO FORAM RETIRADOS DOS DOCUMENTOS ORIGINAIS APRESNTADOS PELO(A) INTERESSADO(A)

PER I' INPS/INSS (ITÁLIA/BRASILE)
PELO INPS/INSS (ITÁLIA/BRASIL)

LUOGO E DATA
LOCAL E DATA

PROTOCOLO ADICIONAL AO ACORDO DE MIGRAÇÃO ITÁLIA-BRASIL

CERTIFICADO DE DESLOCAMENTO

Artigo 6, item 1, letra a (Proto. Adic.)

Artigo 20-22 (normas de aplicação)

PROTOCOLLO AGGIUNTIVO ALL' ACCORDO DI EMIGRAZIONE ITALIA-BRASIL

CERTIFICATO DI DIRITTO ALL'ASSISTENZA MEDICA

Articolo 6, cpv. 1 (Prot. Agg.)

Articolo 20-22 (norme di applicazione)

CORDOS E CONVÊNIOS - 521.000/

**ELEMENTOS RELATIVOS A TRABALHADOR
INDICAZIONI RIGUARDANTI IL LAVARATORE**

Sobrenome e nome _____
Cognome e nome _____

Nº Registro / Nº di iscrizione _____
Nº Identidade / Nº doc Identita _____

Local e data de nascimento
Luogo e data de nascita

Estado Civil
Stato civile

Nacionalidade
Nationalita

Endereço na Itália / Indirizzo in Italia:

(Localidade / Città)

(rua / via)

(numero / numero)

Endereço no Brasil / Indirizzo in Brasile:

(localidade / Città)

(rua / via)

(numero / numero)

**ELEMENTOS RELATIVOS AOS DEPENDENTES
INDICAZIONE RIGUARDANTI I FAMILIARI**

Nome / Nome	Grau de Parentesco Grado di Parentela	Data do nascimento Data di nascita	Grau de Parentesco Grado di Parentela

Certifica-se que o trabalhador/apoentado acima e seus dependentes fazem jus à prestação de assistência médica:
Certifica che lavaratore/pensionato succitato ed i suci familiari hanno diritto alle prestazioni sanitarie:

- 1) por um período máximo de.....dias e para as doenças sobrevindas no período de validade indicado acima.
por um periodo massimo di.....giorni a per le malattie insorte nel periodo ei validita sopraindicato:
- 2) De.....até quando for recebida
notificação da anulação
Dal.....fino quando non sarà ricevuta
notifica di annullamento.
- 1) Caso o inscrito principal tenha falecido o formulario deve ser colocado em nome do familiar que tenha direito.
Qualora L'iscritto principale sia deceduto il modulo va intestado al familiare acente
- 2) Se existir / Se esiste.

ADVERTÊNCIAS

PARA OBTERER A ASSISTÊNCIA MÉDICA NO CASO DE DOENÇA A ENFERMIDADE, OS TRABALHADORES APOSENTADOS E SEUS FAMILIARES DEVEM SE DIRIGIR A:

NO BRASIL: AS ENTIDADES LOCAIS DO INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (INAMPS)

NA ITALIA: ÀS SEDES PROVINCIAIS DO INSTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICIRAZIONE CONTRA LE MALATTIE (INAM)

NO CASO DE TRANSFERÊNCIA DE RESIDÊNCIA DO APOSENTADO OU DE SUS FAMILIARES, O FORMULARIO DEVE SER APRESENTADO AO ORGÃO DO LOCAL DE RESIDÊNCIA EM DUAS VIAS. UMA DAS CITADAS VIAS É RESTITUIDA - COMO COMPROVANTE DE VERIFICADA INSCRIÇÃO - AO ORGÃO QUE O EMITIU.

AVVERTENZE

PER OTTENERE LE PRESTAZIONI SANITARIE IN CASO DI MALATTIE E MATERNITÀ I LAVORATORI, PENSIONATI E LORO FAMILIARI DEBONO RIBOLGERSI A:

IN BRASILE: AGLI ORGANI LOCALI DELL'INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (INAMPS)

IN ITALIA: ALLE SEDI PROVIDENCIALI DELL'INSTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO MALATTIE (INAM).

NEL CASO DI TRASFERIMENTO DI RESIDENZA DEL PENSIONATE O DEI SUOI FAMILIARI IL MODULO DEVE ESSERE PRESENTATO ALL'ORGANISMO DEL LUOGO DI RESIDENZA IN DUPLICE ESEMPLARE. UNO DEI PREDETTI ESEMPLARE VIENE RISTITUITO, E COMPROVA DELL' AVVENUTA INSCRIZIONE, ALL'ORGANISMO CHE LO HA RILASCIATO.

PROTOCOLLO AGGIUNTIVO ALL'ACCORDO DI EMIGRAZIONE ITALIA-BRASILE
PROTOCOLO ADICIONAL AO ACORDO DE MIGRAÇÃO ITÁLIA-BRASIL

FORMULÁRIO DE USARE POR LE DOMANDE PRESENTATE IN ITÁLIA/BRASILE
FORMULÁRIO A SER USADO PARA ES PEDIDOS APRESENTADOS NA ITÁLIA/BRASIL

FORMULÁRIO DI COLLEGAMENTO
FORMULÁRIO DE VINCULAÇÃO
(DA COMPILARE IN QUATTRO COPIE)
(PARA PREENCHER EM 4)

RELATIVO ALLA DOMANDA DI PENSIONE DI
REFERENTE AO PEDIDO DE APOSENTADORIA/PENSÃO DE

PRESENTATA DA

APRESENTADO POR (COGNOME (1) E NOME / SOBRENOMES (1) E NOME)

NATO/A

A ITÁLIA

NASCIDO/A EM

LOCAL

DATI RELATIVI ALL'ASSICUATO (NEL CASO DI PENSIONE AI SUPESTITI)
DADOS RELATIVOS AO SEGURADO/A (NO CASO DE PENSÃO PARA OS BENEFICIÁRIOS)

COGNOME (1) E NOME
SOBRENOME (1) E NOME

RELAZIONE DI PARENTETA CON IL RICHIEDENTE
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O/A EQUEENTE

LUOGO E DATA DI NASCITA
LOCAL E DATA DO NASCIMENTO

LUOGO E DATA DEL DECESSO
LOCAL E DATA DO FALECIMENTO

DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA
DATA DE APRESENTAÇÃO DO PEDIDO

(1) PER LE DONNE CONJUGATE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE.
AS MULHERES CASADAS DEVERÃO INDICAR TAMBÉM E SOBRENOME DE SOLTEIRA.

PARTE 1

DA COMPILARSI DA PARTE DELL'INPS (ITÁLIA)
A SER PREENCHIDO PELO INPS (ITÁLIA)

1. L'ASSICURATO - PUO' FAR VALERE, IN ITÁLIA, I SEGUENTI PERIODI DI ASSICURAZIONE:
O SEGURO/A TEM DIREITO A CONTAGEM, NA ITÁLIA, DOS SEQUENTES PERÍODOS DE CONTRIBUIÇÃO:

PERIODO PERÍODO		CONTRIBUTI (1) EFFETTIVI CONTRIBUIÇÕES EFETIVAS	PERIODO PERÍODO		CONTRIBUTI (2) FEGURATIVI CONTRIBUIÇÕES DEVIDAS
DAL DESDE	AL ATÉ	SETTIMANE SEMANAS	DAL DESDE	AL ATE	SETTIMANE SEMANAS

TOTALE DEI PERIODI DI ASSICURAZIONE: N° _____ SETTIMANE

TOTAL DOS PERÍODOS DE CONTRIBUIÇÕES: N° _____ SEMANAS

IL CONIUGE
CONIUGE

**2. IL (LA) RICHIEDENTE HA A CARICO
O/A REQUERENTE TEM COMO DEPENDENTE**

(3)

FIGLI N° _____
FILHOS

(1) I CONTRIBUTI VERSATI VOLONTARIAMENTE SONO CONTRASSEGNA TI DALLA SIGLA V.V. APPOSTA A LATO DEL PERIODO CORRISPONDENTE.

AS CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS FACULTATIVAS SERÃO ASSINALADAS PELA SIGLA C.F. COLOCADOS AO LADO DO PERÍODO CORRISPONDENTE.

(2) INDICARE LA DIVERSA NATURA DEGLI ACCREDITI CONTRASSEGNA TI I PERIODI DI CONTRIBUZIONE PER MALATTIA A MATERNITÀ CON LA LETTERA M; QUELLI PER SERVIZIO MILITARE A EQUIPARATO CON LA LETTERA SM E QUELLI PER DISOCCUPAZIONE O INTEGRAZIONE SALARILE CON LA LETTERA DS.

INDICAR OS VÁRIOS TIPOS DOS CRÉDITOS MARCANDO OS PERÍODOS DE CONTRIBUIÇÃO POR DOENÇA OU MATERNIDADE COM A LETRA M; PARA OS POR SERVIÇO MILITAR OU EQUIPARADO COM A LETRA SM E OS POR DESOCCUPAÇÃO OU INTEGRAÇÃO SALARIAL COM A LETRA DS.

(3) CANCELLARE LA VOCE CHE NON INTERESSA.

RISCAR O ITEM NAO FOR UTILIZADO.

3 -L'INTERESSATO/A HA DIITTO, PER SOLI PERIODI RICONOSCIUTI DALLA LEGISLAZIONE ITALIANA, AD UN IMPORTO ANNUO DI PENSIONE DI:

O INTERESSADO/A TEM DIREITO, SOMENTE PELOS PERÍODOS RECONHECIDOS PELA LEGISLAÇÃO ITALIANA, A UM BENEFÍCIO NO MONTANTE ANUAL DE:

LIRE _____, CON DECORRENZA DAL _____
LIRAS _____ A PATIR DE

LIRE _____, CON DECORRENZA DAL _____
LIRAS _____ A PATIR DE

LIRE _____, CON DECORRENZA DAL _____
LIRAS _____ A PATIR DE

OLTRE ALLE MAGGIOAZIONI, PE FAMILIAI A CARICO O AGLI ASSEGNI FAMILIARI, PE UN IMPOTO ANNUO DI:

ALEM DAS MAJORAÇÕES, POR DEPENDENTE/S A CARGO, OU INDENIZAÇÃO AOS FAMILIARES, NO MONTANTE ANUAL DE:

LIRE _____, CON DECORRENZA DAL _____
LIRAS _____ A PATIR DE

LIRE _____, CON DECORRENZA DAL _____
LIRAS _____ A PATIR DE

LIRE _____, CON DECORRENZA DAL _____
LIRAS _____ A PATIR DE

L'INTEESSAT NON HA DIRITTO A PENSIONE PE IL SEGUENTE MOTIVO:
O/A INTERESSADO/A NÃO TEM DIREITO AO BENEFÍCIO PELO MOTIVO SEGUINTE:

PARTE 1

DA COMPILARSI DA PARTE DELL'INPS (BRASILE)
A SER PREENCHIDO PELO INPS (BRASIL)

1. L'ASSICURATI - PUO FAR VALERE, IN BRASILE, I SEGUENTI PERIODI DI ASSICURAZIONE:
O SEGURADO/A TEM DIREITO A CONTAGEM, NO BRASIL, DOS SEGUINTE PERÍODOS DE CONTRIBUIÇÃO:

PERIODO PERÍODO		CONTRIBUTI (1) EFFETTIVI CONTRIBUIÇÕES EFETIVAS			PERIODO PERÍODO		CONTRIBUTI (2) FEGURATIVI CONTRIBUIÇÕES DEVIDAS		
DAL DESDE	AL ATÉ	ANNI ANOS	MESI MESES	GIORNI DIAS	DAL DESDE	AL ATE	ANNI ANOS	MESI MESES	GIORNI DIAS

TOTALE DEI PERIODI DI ASSICURAZIONE: ANNI.....MESI.....GIORNI.....

TOTAL DOS PERÍODOS DE CONTRIBUIÇÕES: ANOS.....MESES.....DIAS.....

(1) I CONTRIBUITI VERSATI VOLONTARIAMENTE SONO CONTRASSEGNA TI DALLA SIGLA V.V. APPOSTA A LATO DEL PERIODO CORRISPONDENTE.

AS CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS FACULTATIVAS SERÃO ASSINALADAS PELA SIGLA C.F. COLOCADOS AO LADO DO PERÍODO CORRESPONDENTE.

(2) INDICARE LA DIVERSA NATURA DEGLI ACCREDITI CONTRASSEGNA TI I PERIODI DI CONTRIBUZIONE PER MALATTIA MATERNITÀ CON LA LETTERA M; QUELLI PER SERVIZIO MILITARE A EQUIPARATO CON LA LETTERA SM E QUELLI PER DISOCCUPAZIONE O INTEGRAZIONE SALARILE CON LA LETTERA DS.

INDICAR OS VÁRIOS TIPOS DOS CRÉDITOS MARCANDO OS PERÍODOS DE CONTRIBUIÇÃO POR DOENÇA OU MATERNIDADE COM A LETRA M; PARA OS POR SERVIÇO MILITAR OU EQUIPARADO COM A LETRA SM E OS POR DESOCCUPAÇÃO OU INTEGRAÇÃO SALARIAL COM A LETRA DS.

PARTE II

**DA COMPILARSI DA PARTE DELL'I.N.P.S (ITALIA)
A SER PREENCHIDO PELO INPS (ITALIA)**

1 - PRESTAZIONE DA CONEDERE, A CARICO DELL'ORGANISMO ITALIANO, AI SENSI DELL'ART. 9 DEL PROTOCOLLO
PRESTAÇÃO A SER CONCEDIDA PELA PREVIDÊNCIA ITALIANA, NOS TERMOS DO ART. 9 DO PROTOCOLO

DEOCREENZA DAL: A PARTIR DE:	IMPORTO MENSILE DELLA PRESTAZIONE CHE SAREBBE OCORRISPOSTO SE LA TOTALITA DEI PERIODI FOSSE STATA COMPIURA IN VIRTU DELLA LEGISLAZIONE ITALIANA VALOR MENSAL DA PRESTAÇÃO QUE COR- RESPONDERIA A TOTALIDADE DOS PE- RIODOS HOUVESSE SIDO CUMPRIDA EM VIRTUDE DA LEGISLAÇÃO ITALIANA (PRESTAÇÃO TEORICA)	COEFFICIENTE PER LA DETERMINAZIONE DEL COEFFICIENTE PARA O CÁLCULO DA PROPORÇÃO	IMPORTO MENSILE DELLA PRESTAZIONE DEVETO PROPORZIONALEMENTE A SO PERI COMPIUTI IN VIRTU DELLA LEGISLAZIONE ITALIANA (PRO RETA) VALOR MENSAL DA PRESTAÇÃO DEVIDA EM PROPORÇÃO DOS PERÍODOS CUM- PRIDOS EXCLUSIVAMENTE EM VIRTUDE DA LEGISLAÇÃO ITALIANA (PRESTAÇÃO PROPORCIONAL)
.....	LIRE..... LIRAS	X 0,.....	= LIRE..... LIRAS
.....	LIRE..... LIRAS	X 0,.....	= LIRE..... LIRAS
.....	LIRE..... LIRAS	X 0,.....	= LIRE..... LIRAS
.....	LIRE..... LIRAS	X 0,.....	= LIRE..... LIRAS
.....	LIRE..... LIRAS	X 0,.....	= LIRE..... LIRAS

2 - EVENTUALE ULTERIORE PROCEDIMENTO DI CALCOLO PER LA DETERMINAZIONE DELL'IMPORTO MENSILE IN
APPLICAZIONE DELL'ARTICOLO 11 DEL PROTOCOLLO (DA EFFETTUARSI SOLTANTO NEL CASO DI PENSIONATO RESIDEN-
TE IN ITALIA)

EVENTUAL PROCEDIMENTO ULTERIOR DE CÁLCULO PARA A DETERMINAÇÃO DO VALOR MENSAL PELA APLICAÇÃO DO
ARTIGO 11 DO PROTOCOLO (A SER APLICADO SOMENTE NOS CASO DE SEGURADOS RESIDENTE NA ITÁLIA)

A
<p>IMPORTO MENSILE (PER 13 MENSILITA ALL'ANNO) DELLA PENSIONE MINIMA IN BASE ALLA LEGISLAZIONE ITALIANA, AL NETTO DELLE MAGGIORAZIONI O ASSEGNI FAMILIARI:</p> <p>VALOR MENSAL (PARA 13 MENSALIDADES POR ANO) MINIMO DO BENEFÍCIO, COM BASE NA LEGISLAÇÃO ITALIANA, COM DEDUÇÃO DAS MAJORAÇÕES OU DO SALÁRIO-FAMÍLIA:</p> <p>LIRE.....(A) CON DECORRENZA DAL..... LIRAS A PARTIR DE</p> <p>LIRE.....(A) CON DECORRENZA DAL..... LIRAS A PARTIR DE</p> <p>LIRE.....(A) CON DECORRENZA DAL..... LIRAS A PARTIR DE</p> <p>LIRE.....(A) CON DECORRENZA DAL..... LIRAS A PARTIR DE</p> <p>LIRE.....(A) CON DECORRENZA DAL..... LIRAS A PARTIR DE</p>

PER L'INPS (ITALIA)

DATA

TIMBRO E FIRMA

PARTE II**DA COMPILARSI DA PARTE DELL'I.N.P.S (BRASILE)
A SER PREENCHIDO PELO INPS (BRASIL)**

1 - PRESTAZIONE DA CONEDERE, A CARICO DELL'ORGANISMO BRASILIANO, AI SENSI DELL'ART. 9 DEL PROTOCOLLO
PRESTAÇÃO A SER CONCEDIDA PELA PREVIDÊNCIA BRASILEIRA, NOS TERMOS DO ART. 9 DO PROTOCOLO

DEOCREENZA DAL: A PARTIR DE:	IMPORTO MENSILE DELLA PRESTAZIONE CHE SAREBBE OCORRISPOSTO SE LA TOTALITA DEI PERIODI FOSSE STATA COMPIURA IN VIRTU DELLA LEGISLAZIONE BRASILIANA (PRESTAZIONE TEORICA) VALOR MENSAL DA PRESTAÇÃO QUE COR- RESPONDERIA A TOTALIDADE DOS PE- RIODOS HOUVESSE SIDO CUMPRIDA EM VIRTUDE DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA (PRESTAÇÃO TEORICA)	COEFFICIENTE PER LA DETERMINAZIONE DEL PRO-RATA COEFICIENTE PARA O CÁLCULO DA PROPORÇÃO	IMPORTO MENSILE DELLA PRESTAZIONE DEVETO PROPORZIONAIMENTE A SO PERI COMPIUTI IN VIRTU DELLA LEGISLAZIONE BRASILIANA (PRO RATA) VALOR MENSAL DA PRESTAÇÃO DEVIDA EM PROPORÇÃO DOS PERÍODOS CUM- PRIDOS EXCLUSIVAMENTE EM VIRTUDE DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA (PRESTAÇÃO PROPORCIONAL)
.....	REAIS.....X 0,..... = REAIS.....		
.....	REAIS.....X 0,..... = REAIS.....		
.....	REAIS.....X 0,..... = REAIS.....		

2 - EVENTUALE ULTERIORE PROCEDIMENTO DI CALCOLO PER LA DETERMINAZIONE DELL'IMPORTO MENSILE IN
APPLICAZIONE DELL'ARTICOLO 11 DEL PROTOCOLLO (DA EFFETTUARSI SOLTANTO NEL CASO DI PENSIONATO RESIDEN-
TE IN BRASILE)

EVENTUAL PROCEDIMENTO ULTERIOR DE CÁLCULO PARA A DETERMINAÇÃO DO VALOR MENSAL PELA APLICAÇÃO DO
ARTIGO 11 DO PROTOCOLO (A SER APLICADO SOMENTE NOS CASO DE SEGURADOS RESIDENTE DO BRASIL)

A	<p>IMPORTO MENSILE (PER 13 MENSILITA ALL'ANNO) DELLA PENSIONE MINIMA IN BASE ALLA LEGISLAZIONE BRASILIANA: VALOR MENSAL (PARA 13 MENSALIDADES POR ANO) MINIMO DO BENEFÍCIO, COM BASE NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA: COM DEDUÇÃO DAS MAJORAÇÕES OU DO SALÁRIO-FAMÍLIA:</p> <p>REAIS.....(A) CON DECORRENZA DAL..... A PARTIR DE</p> <p>REAIS.....(B) CON DECORRENZA DAL..... A PARTIR DE</p> <p>REAIS.....(C) CON DECORRENZA DAL..... A PARTIR DE</p>
---	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PELO INPS (BRASIL)

DATA

CARIMBO E ASSINATURA

B				
IMPORTI MENSILI DELLE DUE PENSIONI AL NETTO DELLE MAGGIORAZIONI O ASSEGNI FAMILIARI:				
VALORES MENSAIS DOS DOIS BENEFÍCIOS COM DEDUÇÃO DAS MAJORAÇÕES OU SALÁRIO-FAMÍLIA:				
		CON DECORRENZA DAL A PARTIR DE	COM DECORRENZA DAL A PARTIR DE	CON DECORRENZA DAL A PARTIR DE
PENSIONE BRASILIANA (IN LIRE	REAL )	.....	.....	.....
PENSÃO BRASILEIRA (EM LIRAS	REAL )	.....	.....	.....
PENSIONE ITALIANA (IN LIRE	REAL )	.....	.....	.....
PENSÃO ITALIANA (EM LIRAS	REAL )	.....	.....	.....
TOTALE LIRE		.....	.....	.....
TOTAL LIRAS		.....	.....	.....

DATO CHE LA SOMMA DELLE PRESTAZIONI, DI CUI AL PRECEDENTE QUADRO B, E INFERIORE ALL'IMPORTO MENSILE DELLA PENSIONE MINIMA SPETTANTE IN BASE ALLA LEGISLAZIONE ITALIANA (QUADRO A), LA DIFFERENZA, IL CUI IMPORTO MENSILE È DI.....
BRASILIANA

EM VIRTUDE DAS SOMAS DAS PRESTAÇÕES CONSTNTES DO QUADRO ANTERIOR B SER INFERIRO AO VALOR MÍNIMO MENSAL DO BENEFÍCIO PREVISTO PELA LEGISLAÇÃO ITALIANA (QUADRO A), A DIFERENÇA, CUJO MONTANTE MENSAL É DE
BRASILEIRA

LIRE.....(A - X) CON DECORRENZA DAL.....
REAL A PARTIR DE

LIRE.....(B - X) CON DECORRENZA DAL.....
REAL A PARTIR DE

LIRE.....(C - X) CON DECORRENZA DAL.....
REAL A PARTIR DE

DEVE ESSERE CONRRISPOSTA, AI SENSI DELL'ART. 11 DEL PROTOCOLLO, A CARICO DELL'ORGANISMO ITALIANO
BRASILEIRO

DEVE SER PAGA, NOS TERMOS DO ART. 11 DO PROTOCOLO, PELA PREVIDÊNCIA ITALIANA/BRASILEIRA.

PER I'INPS (ITALIA/BRASILE)

PELO INPS (ITÁLIA/BRASIL)

DATA / DATA

TIMBRO E FIRMA - CARIMBO E ASSINATURA