

# INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO

## IT-BR-01

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 COMPIAZIONE  
ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

### Informações importantes:

1. Este espaço deve permanecer em branco.
2. Qualquer informação neste quadro invalidará todo o formulário.

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

DOMANDA DI PENSIONE  
PEDIDO DE APOSENTADORIA/PENSÃO

(2)

CONTRASSEGNARE COM X LA PREST. RICHIESTA

MARCAR COM X O BENEFÍCIO REQUERIDO

uma opção deve ser escolhida obrigatoriamente.

- DI VECCHIAIA  
POR IDADE
- DI INVALIDITÀ  
POR INVALIDEZ
- DI ANZIANITÀ  
POR ANC. DE SERVIÇO
- AI SUPERSTITI  
POR MORTE

1

PRESENTATA DA  
APRESENTADO POR

COGNOMI(\*) E NOME DEL..... RICHIEDENTE / SOBRENOME E NOME DO(A) REQUERENTE

NAZIONALITÀ

SESSO

NACIONALIDADE

SEXO

STATO 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  
ENDERECO COMPLETO - VIA, NÚMERO, PIANO, INTERNO - RUA, NÚMERO, ANDAR, APARTAMENTO

LOCALITÀ, PROVINCIA, STATO - CIDADE, ESTADO, APARTAMENTO

Quadro 1 é referente aos dados pessoais. Todos os campos acima devem ser preenchidos. Em se tratando de requerimentos abrangidos pelo Acordo de Previdência Social entre o Brasil e a Itália o requerente poderá procurar o escritório de um Patronato Italiano para realização do pedido ou esclarecimentos sobre a legislação da Itália.

(DA COMPILARE NEL CASO DI PENSIONE AI SUPERSTITI)  
(A SER PREENCIDO NO CASO DE PENSÃO PARA OS BENEFICIÁRIOS)

2

COGNOMI(\*) E NOME  
SOBRENOME(\*) E NOME

SESSO  
SEXO

NAZIONALITÀ

NACIONALIDADE

STATO CIVILE

ESTADO CIVIL CELIBE, NUBILE, CONJUGATO/A, DIVORZIATO/A, SEPARATA/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

Quadro 2 somente deve ser preenchido caso seja pedido de pensão por morte.

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

Deixar em branco caso não haja contribuições como empregado.

IN QUALITÀ DI LAVORATORE AUTONOMO \_\_\_\_\_  
NA QUALIDADE DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

Deixar em branco caso não haja contribuições como 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) DENOMINAÇÃO E ENDEREÇO DA FIRMA (NO CASO DE TRABALHO SOB A DÉPENDÊNCIA DE TERCEIROS) LOCALITÀ IN CUI IL LAVORO È ESTATO EFFETTUATO (NEL CASO DI LAVORO AUTONOMO). LOCAL ONDE DESENVOLVEU A ATIVIDADE (NO CASO DE TRABALHADOR AUTONÔMO)	DENOMINAZIONE DELL'ORGANISMO BRASILIANO  DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO DE PREVIDÊNCIA BRASILEIRO
		Caso o espaço seja insuficiente registrar em folha separada ao ITBR-01 a relação de períodos trabalhados no Brasil constando nome da empresa, data de admissão, data de demissão e regime de previdência (RGPS) – vide folha anexa.	

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:

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

Registrar informações adicionais que desejar acrescentar sobre o tempo trabalhado no Brasil.

ULTIMA OCCUPAZIONE IN PRESSO TERZI \_\_\_\_\_  
ÚLTIMA ATIVIDADE NA ITÁLIA COMO EMPREGADO \_\_\_\_\_

4

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 AUTONÔMO \_\_\_\_\_

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 QUALITÀ DI LAVORATORE AUTONOMO \_\_\_\_\_  
NA QUALIDADE DE TRABALHADOR AUTONÔMO \_\_\_\_\_

NUMERO DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA 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	ATTIVITÀ LAVORATIVA ESERCITATA TIPO DE TRABALHO EXERCIDO	LOCALITÀ 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
Períodos obrigatórios pendentes de validação pelo INPS (Itália).				

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: \_\_\_\_\_

Recebe benefício na Itália? Sim ou Não.

A CARICO DEL \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_  
A CARGO DE: \_\_\_\_\_ DENOMINAZIONE DELL'ORGANISMO ASSICURATORE  
DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO DE PREVIDÊNCIA

E NELLA REPÚBLICA FEDERATIVA DEL BRASILE \_\_\_\_\_ DI: \_\_\_\_\_

Recebe benefício no Brasil? Sim ou Não.

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

FIRMA DEL .... RICHIEDENTE ASSINATURA DO REQUERENTE

Assinatura obrigatória semelhante ao documento de identificação

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

Este quadro não deve ser preenchido pelo segurado.

LUOGO E DATA  
LOCAL E DATA

**Atenção:** O formulário é documento único e deve ser apresentado de forma íntegra  
sem emendas, rasuras e com as folhas digitalizadas de modo sequencial.

#### Informações adicionais:

- **Assinatura, data e local no campo correto do formulário são imprescindíveis.**
- O quadro 1 refere-se aos dados cadastrais do segurado.
- O quadro 2 refere-se às informações quando o pedido for pensão por morte previdenciária. Deve ser mantido em branco caso seja pedido de aposentadoria por idade, aposentadoria por invalidez ou auxílio por incapacidade temporária.
- O quadro 3 refere-se às informações do tempo trabalhado no Brasil.
- O quadro 4 refere-se às informações do tempo trabalhado na Itália.
- O quadro 5 refere-se às informações de benefícios de ambos os países.
- O quadro 6 deve ser preenchido somente pelo Organismo de Ligação (INSS ou INPS).
- Utilize o quadro em anexo **TEMPO BRASIL** para informar o nome da empresa, data de admissão e data de demissão somente quando o espaço do quadro do ITBR-01 não for suficiente.
- Utilize o quadro em anexo **TEMPO ITÁLIA** para informar o nome da empresa, data de admissão e data de demissão somente quando o espaço do quadro do ITBR-01 não for suficiente.
- Todas as folhas do ITBR-01 devem estar rubricadas.
- RGPS é uma sigla que significa Regime Geral de Previdência Social e refere-se as contribuições destinadas ao INSS.
- **Este formulário (ITBR-01) é de preenchimento obrigatório, sem rasuras e/ou informações ilegíveis que implique a invalidação do mesmo.**
- **Obrigatório informar o código fiscal.**
- **A ausência no preenchimento dos campos obrigatórios acarretará desistência do pedido.** Todas as informações destacadas são obrigatórias a fim de garantir repostas de Organismos Internacionais.
- **A assinatura do formulário no campo correto é imprescindível.**
- **Dúvidas podem ser encaminhadas para: e-mail: internacional11001140@inss.gov.br ou Whatsapp: (31) 984048676.**

## TEMPO NO BRASIL

## TEMPO NA ITÁLIA