

# INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO

## BRA-USA-03

BRA - USA 03

ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE A REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL OS ESTADOS  
UNIDOS DA AMÉRICA  
AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN THE FEDERATIVE REPUBLIC OF BRAZIL AND UNITED  
STATES OF AMERICA

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

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER APRESENTADO À INSTITUIÇÃO COMPETENTE NOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA OU NO  
BRASIL. /  
THIS FORM MUST BE SUBMITTED TO THE COMPETENT INSTITUTION IN UNITED STATES OF AMERICA OR BRAZIL.

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

**ATENÇÃO!  
ESTA SEÇÃO NÃO DEVE SER PREENCHIDA**

Data da solicitação  
Date of Application  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(dd/mm/aaaa) / (dd/mm/aaaa)

1 INSTITUIÇÃO COMPETENTE OU ORGANISMO DE LIGAÇÃO DESTINATÁRIO / COMPETENT INSTITUTION OR RECIPIENT LIAISON AGENCIES	
1.1	Denominação / Name:
1.2	Endereço / Address :
1.3	Telefone /Telephone :
1.4	E-mail:

### ATENÇÃO PARA PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS

AS SEÇÕES DE 2 A 6 DEVEM SER PREENCHIDAS PELO SEGURADO / THE SECTIONS 2-6 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
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 _____

CERTIDÃO APRESENTADA QUE COMPROVA O ESTADO CIVIL / DOCUMENTATION PROVING MARITAL STATUS					
Solteiro / Single <input type="checkbox"/>	Casado / Married <input type="checkbox"/>	Viúvo / Widow <input type="checkbox"/>	Divorciado / Divorced <input type="checkbox"/>	Separado / Separated <input type="checkbox"/>	
Documento brasileiro / Brazilian document	Nº do Documento / Document No.	Cartório/ Notarization Office	Livro / Book	Folha / Sheet	Data de Expedição / Issuance date (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)
Documento Estadunidense / United States document		Nome do departamento de expedição / Name of the issuing Institution			Data de expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy)
<b>DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO / IDENTIFICATION DOCUMENT</b>					
<input type="checkbox"/> Número do Documento de Identificação Brasileiro / Brazilian Identification Document Number _____	<input type="checkbox"/> Número do Documento de Identificação Estadunidense / United States Identification Document Number _____	<input type="checkbox"/> Outro País/Other Country _____	<input type="checkbox"/> Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy) _____ / _____ / _____		
Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil / Brazilian Individual Taxpayer Registration: _____ _____ _____					
Número de Identificação do Trabalhador- NIT no Brasil / Brazilian Worker's Identification Number – NIT: _____ _____ _____					
Número do Seguro Social Estadunidense / United States Social Insurance Number: _____ 					
<b>DADOS RESIDENCIAIS / HOME ADDRESS</b>					
País / Country	Estado / Province	Cidade / City	CEP / Postal Code		
Rua / Street Bairro / Neighbourhood (if applicable) Logradouro / Sidewalk (if applicable)				Número / Number	
Apt., Villa. / Apt Number, Village:		Telefone / Telephone number			
E-mail					

**Número obrigatório para ser  
enviado ao SSA**



Todos os campos acima devem ser preenchidos, apenas com os dados de contato do segurado (e-mail e telefone), obrigatórios para comunicação do Organismo de Ligação do Exterior com o requerente. Caso neste campo seja preenchido dados de pessoa diversa, o requerimento será arquivado sem análise do mérito, pois o formulário deve apresentar integridade das informações.

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			
Data de Nascimento / Date of Birth : _____ / _____ / _____			
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PROCURADOR/IDENTIFICATION DOCUMENT OF LEGAL REPRESENTATIVE			
<input type="checkbox"/> Número do Documento de Identificação Brasileiro / Brazilian Identification Document Number  <input type="checkbox"/> Número do Documento de Identificação Estadunidense / United States Identification Document Number  <input type="checkbox"/> Outro País / Other Country	Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy) _____ / _____ / _____		
Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil / Brazilian Individual Taxpayer Registration:  _____ / _____ / _____ / _____			
Número de Identificação do Trabalhador- NIT no Brasil / Brazilian Worker's Identification Number – NIT:  _____ / _____ / _____ / _____			
DADOS RESIDENCIAIS / HOME ADDRESS			
País / Country	Estado / Province	Cidade / City	CEP / Postal Code
Rua/Street Bairro/ Neighbourhood (if applicable) Logradouro/ Sidewalk (if applicable)			Número / Number
Apt., Villa. / Apt Number, Village:	Telefone / Telephone number		
E-mail:			

### ATENÇÃO!

**ESTA SEÇÃO SOMENTE DEVERÁ SER PREENCHIDA INTEGRALMENTE CASO EXISTA INDICAÇÃO DE PROCURADOR. CASO CONTRÁRIO, DEVERÁ SER MANTIDA COM OS CAMPOS EM BRANCO.**

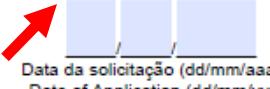
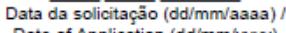
4 DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES NO BRASIL, ESTADOS UNIDOS E OUTROS PAÍSES / INSURED PERSON'S WORK HISTORY IN BRAZIL, UNITED STATES AND OTHER COUNTRIES.						
Nome da Empresa onde exerce a atividade / Company or Employer's Name where the person exerts or has exercised activity	Nº Cadastro Nacional de Pessoa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

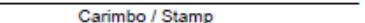
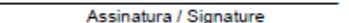
Caso este espaço não seja suficiente, poderá ser anexado a relação de vínculos do Brasil e dos EUA

5 DADOS BANCÁRIOS / BANKING DETAILS		Brasil / Brazil <input type="checkbox"/>	Estados Unidos / United States <input type="checkbox"/>
Nome do titular / Holder's name			
Nome do Banco / Bank's name			
Número da Agência Bancária / Banking Agency Number			
Nome da Agência Bancária / Banking Agency Name			
Endereço do Banco /Bank's address			
Código bancário BIC/SWIFT / Bank identification Code (BIC/SWIFT)			
Número da Conta Bancária / Account Number			
IBAN			

Essas informações são importantes para agilidade no pagamento do benefício. Somente para residentes nos EUA.

Para residentes no Brasil esse campo não é necessário preencher.

<b>6</b>	<b>DECLARAÇÃO DO REQUERENTE / APPLICANT STATEMENT</b>
<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 estadunidenses 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 United States to exchange all information and documents relating to this application for benefits.</p>	
<b>LOCAL E DATA DA ASSINATURA</b> Local / Place: _____  Data da solicitação (dd/mm/aaaa) / Date of Application (dd/mm/yyyy) 	
<b>ASSINATURA IGUAL AO DOCUMENTO APRESENTADO</b> Assinatura do requerente / Applicant Signature 	

<b>A CARGO DO ORGANISMO DE LIGAÇÃO / TO BE COMPLETED BY THE LIASON BODY</b>	
<b>7</b>	<b>ORGANISMO DE LIGAÇÃO / LIASON BODY</b>
Local e Data (dd/mm/aaaa) / Place and Date (dd/mm/yyyy): _____ / _____ 	
<b>ESSA SEÇÃO NÃO DEVE SER PREENCHIDA</b> Carimbo / Stamp _____ Assinatura / Signature _____  	

**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 importantes:

1. Este formulário é de preenchimento obrigatório, sem rasuras e/ou informações ilegíveis que implicam na invalidação do mesmo pelo Organismo de Ligação do país acordante
2. Informação do número de identificação junto à Previdência Social Americana - Social Security Number – SSN é obrigatório.
3. **Ausência no preenchimento dos campos obrigatórios acarretará arquivamento do pedido, sem análise do mérito. Todas as informações destacadas são obrigatórias.**
4. Assinatura, data e local no campo correto do formulário são imprescindíveis.
5. Todas as informações presentes do referido formulário são necessárias para o cumprimento do texto do Acordo Internacional Bilateral entre os dois países. (INSS e SSA)
6. Todas as folhas do ITBR-01 devem estar rubricadas.
7. **RGPS** é uma sigla que significa Regime Geral de Previdência Social e refere-se as contribuições destinadas ao INSS.
8. **RPPS** é uma sigla que significa Regime Próprio de Previdência Social e refere-se as contribuições destinadas aos Municípios, Estados e União com regime de previdência para os servidores públicos. Previsto no Acordo Brasil x EUA.
9. Dúvidas podem ser encaminhadas para: e-mail: [internacional11001140@inss.gov.br](mailto:internacional11001140@inss.gov.br) ou Whatsapp: (31) 98404-8676