

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO

BRA-USA-04

BRA - USA 04

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

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PENSÃO POR MORTE APPLICATION FORM FOR BRAZILIAN SURVIVOR'S PENSION

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER APRESENTADO À INSTITUIÇÃO COMPETENTE NOS ESTADOS UNIDOS DA AMERICA 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 MUST BE COMPLETED BY THE COMPETENT INSTITUTION

ATENÇÃO!
ESTA SEÇÃO NÃO DEVE SER PREENCHIDA

Data da solicitação
Date of Application

____/____/____
(dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)

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 SOLICITANTE / THE SECTIONS 2-6 MUST BE COMPLETED BY THE REQUESTER

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)
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO / IDENTIFICATION DOCUMENT					
<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:					
Número do Seguro Social Estadunidense / United States Social Insurance Number:					
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					

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.

OBS.: QUANDO A SOLICITAÇÃO FOR DE DEPENDENTE INVÁLIDO, DEVERÁ SER ANEXADO O FORMULÁRIO BRA-USA 08 (RELATÓRIO MÉDICO) / FORM BRA-USA 08 (MEDICAL REPORT) MUST BE ATTACHED TO APPLICATIONS FOR DISABLED DEPENDENTS.

3	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 Numero 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	Desde / From (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)	Até / To (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)
					__/__/__	__/__/__
					__/__/__	__/__/__
					__/__/__	__/__/__
					__/__/__	__/__/__
					__/__/__	__/__/__

4	DADOS RELATIVOS AO REQUERENTE DE PENSÃO POR MORTE / APPLICANT DETAILS REQUIRED FOR A SURVIVOR'S PENSION		
Nome do segurado / Insured's 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 / 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)
Data de início da união estável / Union Stable Starting Date: ____/____/____		Data do Casamento / Data of Marriage: ____/____/____			
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO / IDENTIFICATION DOCUMENT					
<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 Estadunidense / United States Identification Document Number				
<input type="checkbox"/>	Outro País/Other Country				
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:					
____-____-____-____-____-____					
DADOS RESIDENCIAIS / HOME ADDRESS					
Pais / 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					
Data de chegada ao Brasil (dd/mm/aaaa) / Date of arrival in Brazil (dd/mm/yyyy): ____/____/____					
Data de saída do Brasil (dd/mm/aaaa) / Date of departure from Brazil (dd/mm/yyyy): ____/____/____					

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

6 INFORMAÇÕES SOBRE O ÓBITO / INFORMATION ABOUT THE DEATH					
DETALHES DO ÓBITO / DEATH DETAILS					
Data do óbito (dd/mm/aaaa) / Date of death (dd/mm/yyyy)			Lugar do óbito / Place of Death		
Documento brasileiro / Brazilian document	Nº da Certidão de Óbito / Death certificate number	Cartório / Notarization Office	Livro / Book	Folha / Sheet	Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy)
Documento Estadunidense / United States document	Tipo do Documento / Document type		Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy)		
CAUSA DO ÓBITO / CAUSE OF DEATH					
Doença Comum / Common Disease	<input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho / On-the-job Accident	<input type="checkbox"/>	Doença Profissional / Occupational Disease	<input type="checkbox"/>
				Acidente de Qualquer Natureza / Accident of Any Kind	<input type="checkbox"/>
Era Titular de um Benefício brasileiro? / Was the deceased entitled to a Brazilian benefit?					
SIM / YES			NÃO / NO		
Número do Benefício brasileiro / Brazilian benefit number:					

7	DADOS RELATIVOS AOS FAMILIARES E ASSEMBLHADOS (DEPENDENTES) DO SEGURADO / DETAILS REGARDING THE INSURED PERSON'S FAMILY MEMBERS				
Nome e sobrenome / First name and last name	Data de Nascimento (dd/mm/aaaa) / Date of birth (dd/mm/yyyy)	Documento de Identificação / Identification Document Tipo de documento no campo 1, número do documento no campo 2 e País Emissor no campo 3./ Document Type in field 1, document number in the field 2 and Issuing Country Field 3	Dependência Econômica / Economic dependence Sim /Yes ou / or Não / No	Tipo de Parentesco / Type of Relationship to the insured	Incapacitado / Disabled Sim / Yes ou / or Não / No *
		1			
		2			
		3			
		1			
		2			
		3			
		1			
		2			
		3			
		1			
		2			
		3			
		1			
		2			
		3			

8	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		

9	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 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>	
<div><div>LOCAL E DATA DA ASSINATURA</div><div>Local / Place: _____</div><div><div>_____/_____/_____ Data da solicitação (dd/mm/aaaa) / Date of Application (dd/mm/yyyy)</div><div><div>ASSINATURA IGUAL AO DOCUMENTO APRESENTADO</div><div>Assinatura do requerente / Applicant signature</div></div></div></div>	

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

10	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 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.</p>	
<p>LOCAL E DATA DA ASSINATURA</p> <p>Local / Place: _____</p> <p>_____/_____/_____ Data da solicitação (dd/mm/aaaa) / Date of Application (dd/mm/yyyy)</p> <p>ASSINATURA IGUAL AO DOCUMENTO APRESENTADO</p> <p>Assinatura do requerente / Applicant signature</p>	

A CARGO DO ORGANISMO DE LIGAÇÃO / TO BE COMPLETED BY LIASON BODY	
11	ORGANISMO DE LIGAÇÃO DO PAÍS DE ORIGEM/ LIASON BODY OF THE COUNTRY OF ORIGIN
Denominação/Name : _____	
Endereço/Address : _____	
Telefone/Telephone : _____	
E-mail: _____	
<p>Local e Data (dd/mm/aaaa) / Place and Date (dd/mm/yyyy): _____</p> <p>_____ Carimbo / Stamp</p> <p>ESSA SEÇÃO NÃO DEVE SER PREENCHIDA</p> <p>Assinatura / Signature</p>	

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 ou Whatsapp: (31) 98404-8676