

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

Rubrica obrigatória

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 _____	<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: _____ 					
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**

Rubrica obrigatória



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.

Rubrica obrigatória

BRA - USA 03

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)
					/ / / /	/ / / /
					/ / / /	/ / / /
					/ / / /	/ / / /
					/ / / /	/ / / /
					/ / / /	/ / / /

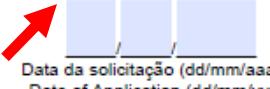
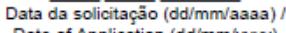
Caso este espaço não seja suficiente, poderá ser anexado a relação de vínculos do Brasil e dos EUA

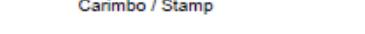
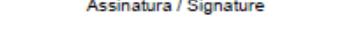
5 DADOS BANCÁRIOS / BANKING DETAILS		Brasil / Brazil <input type="checkbox"/>	Estados Unidos / United States <input type="checkbox"/>
Nome do titular / Holder's name			
Nome do Banco / Bank's name			
Número da Agência Bancária / Banking Agency Number			
Nome da Agência Bancária / Banking Agency Name			
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.

Rubrica obrigatória

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

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

- 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
- Informação do número de identificação junto à Previdência Social Americana - Social Security Number – SSN é obrigatório.
- Ausência no preenchimento dos campos obrigatórios acarretará arquivamento do pedido, sem análise do mérito. Todas as informações destacadas são obrigatórias.**
- Assinatura, data e local no campo correto do formulário são imprescindíveis.
- 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)
- 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.
- 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.
- Dúvidas podem ser encaminhadas para: e-mail: internacional11001140@inss.gov.br ou Whatsapp: (31) 98404-8676