

# 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 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 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		Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last name
Primeiro nome / First name			
Nome da mãe / Mother's name		Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last name
Primeiro nome / First 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	Nacionalidade / Nationality	
/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		

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			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:					
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>					
Número de Identificação do Trabalhador- NIT no Brasil / Brazilian Worker's Identification Number – NIT:					
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>					
Número do Seguro Social Estadunidense / United States Social Insurance Number:					
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>					
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.



**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

**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	<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>	
Local / Place:	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">LOCAL E DATA DA ASSINATURA</div>
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">ASSINATURA IGUAL AO DOCUMENTO APRESENTADO</div>
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Assinatura do requerente / Applicant Signature
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Data da solicitação (dd/mm/aaaa) / Date of Application (dd/mm/yyyy)</div>	

<b>A CARGO DO ORGANISMO DE LIGAÇÃO / TO BE COMPLETED BY THE LIASON BODY</b>	
7	<b>ORGANISMO DE LIGAÇÃO / LIASON BODY</b>
<p>Local e Data (dd/mm/aaaa) / Place and Date (dd/mm/yyyy): <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">ESSA SEÇÃO NÃO DEVE SER PREENCHIDA</div>	
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
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 ou Whatsapp: (31) 98404-8676