

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO BRA-USA-05

BRA - USA 05

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 APOSENTADORIA POR INVALIDEZ APPLICATION FORM FOR BRAZILIAN DISABILITY BENEFIT

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 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 2-6 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		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 / Province	País / Country	
Data de nascimento / Date of birth (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)	Sexo / Gender	Nacionalidade / Nationality	
/ /	M ☐ F ☐		

Rubrica obrigatória

CERTIDÃO APRESENTADA QUE COMPROVA O ESTADO CIVIL / DOCUMENTATION PROVING MARITAL STATUS					
Solteiro / Single ☐	Casado / Married ☐	Viúvo / Widow ☐	Divorciado / Divorced ☐	Separado / Separated ☐	
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					
☐ Número do Documento de Identificação Brasileiro / Brazilian Identification Document Number			Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy)		
☐ Número do Documento de Identificação Estadunidense / United States Identification Document Number					
☐ 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					
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					
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):					
OBS.: DEVERÁ SER ANEXADO O FORMULÁRIO RELATÓRIO MÉDICO BRA-USA 08 / MEDICAL REPORT BRA-USA 08 MUST BE ATTACHED					

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.

Rubrica obrigatória

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 Número de Identificação da Empresa / Corporate Taxpayer Registry-CNPJ or Company Identification Number	País / Country	Regime de Previdência a que estava coberto / Social Security Regime that was covered	Atividade/Activity	Desde / From (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)	Até / To (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)
					__/__/__	__/__/__
					__/__/__	__/__/__
					__/__/__	__/__/__
					__/__/__	__/__/__
					__/__/__	__/__/__

• Nota (*): Para períodos de atividades nos Estados Unidos e outros países, informar o último dia de trabalho no formato dd/mm/aaaa.
 • Note (*): For periods of activity in the United States and other Countries, report the last working day in the format dd/mm/yyyy.

• Note (*): For periods of activity in the United States and other Countries, report the last working day in the format dd/mm/yyyy.

4	DADOS RELATIVOS AO PROCURADOR OU REPRESENTANTE LEGAL (se for o caso) / LEGAL REPRESENTATIVE DETAIL (if applicable) / ANEXAR DOCUMENTO COMPROBATÓRIO / 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		
☐ Número do Documento de Identificação Brasileiro / Brazilian Identification Document Number _____	Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy) ____/____/____	
☐ Número do Documento de Identificação Estadunidense / United States Identification Document Number _____		
☐ 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: ____/____/____-____		
DADOS RESIDENCIAIS / HOME ADDRESS		
País / Country	Estado / Province	Cidade / City
CEP / Postal Code		

Rubrica obrigatória

Rua / Street		Número / Number
Bairro / Neighbourhood (if applicable)		
Logradouro / Sidewalk (if applicable)		
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.

5	DADOS BANCÁRIOS / BANKING DETAILS	Brasil / Brazil ☐	Estados Unidos / United States ☐
	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		

6	DECLARAÇÃO DO REQUERENTE / APPLICANT STATEMENT
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. 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.	
Local / Place:	LOCAL E DATA DA ASSINATURA Data da solicitação (dd/mm/aaaa) / Date of Application (dd/mm/yyyy)
	ASSINATURA IGUAL AO DOCUMENTO APRESENTADO Assinatura do requerente / Applicant 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 impliquem 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