

ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE A REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL E A REPÚBLICA DA ÍNDIA
AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN THE FEDERATIVE REPUBLIC OF BRAZIL AND REPUBLIC OF INDIA

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

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER APRESENTADO À INSTITUIÇÃO COMPETENTE NA ÍNDIA OU NO BRASIL. /
 THIS FORM MUST BE SUBMITTED TO THE COMPETENT INSTITUTION IN INDIA OR BRAZIL.

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

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:	

**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
Nome do pai / Father'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 Indiano / Indian 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 Indiano / Indian 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 indiano /Número da Conta Universal Indian Social Insurance Number/ Universal Account 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					

3	DADOS RELATIVOS AO PROCURADOR OU REPRESENTANTE LEGAL (se for o caso) - ANEXAR DOCUMENTO COMPROBATÓRIO LEGAL REPRESENTATIVE DETAIL (if applicable) – ATTACH SUPPORTING DOCUMENTATION EVIDENCE																														
<p>Nome completo / Full Name</p> <p>Data de Nascimento / Date of Birth : _____ / _____ / _____</p> <p>DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PROCURADOR/IDENTIFICATION DOCUMENT OF LEGAL REPRESENTATIVE</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">Número do Documento de Identificação Brasileiro / Brazilian Identification Document Number <hr/></td> <td style="width: 15%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">Número do Documento de Identificação indiano / Indian Identification Document Number <hr/></td> <td style="width: 15%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy) _____/_____/_____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;"><u>Outro</u> <u>País</u> / <u>Other</u> <u>Country</u> <hr/></td> <td colspan="4"></td> </tr> </table> <p>Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil / Brazilian Individual Taxpayer Registration: <input type="text"/> </p> <p>Número de Identificação do Trabalhador- NIT no Brasil / Brazilian Worker's Identification Number – NIT: <input type="text"/> </p> <p>DADOS RESIDENCIAIS / HOME ADDRESS</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;">País / Country</td> <td style="width: 25%; padding: 5px;">Estado / Province</td> <td style="width: 25%; padding: 5px;">Cidade / City</td> <td style="width: 25%; padding: 5px;">CEP / Postal Code</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Rua/Street Bairro/ Neighbourhood (if applicable) Logradouro/ Sidewalk (if applicable)</td> <td style="padding: 5px;">Número / Number</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Apt., Villa. / Apt Number, Village:</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Telefone / Telephone number</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;">E-mail:</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/>	Número do Documento de Identificação Brasileiro / Brazilian Identification Document Number <hr/>	<input type="checkbox"/>	Número do Documento de Identificação indiano / Indian Identification Document Number <hr/>	<input type="checkbox"/>	Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy) _____/_____/_____	<input type="checkbox"/>	<u>Outro</u> <u>País</u> / <u>Other</u> <u>Country</u> <hr/>					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:			
<input type="checkbox"/>	Número do Documento de Identificação Brasileiro / Brazilian Identification Document Number <hr/>	<input type="checkbox"/>	Número do Documento de Identificação indiano / Indian Identification Document Number <hr/>	<input type="checkbox"/>	Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy) _____/_____/_____																										
<input type="checkbox"/>	<u>Outro</u> <u>País</u> / <u>Other</u> <u>Country</u> <hr/>																														
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:																															

4 DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES NO BRASIL E NA ÍNDIA / INSURED PERSON'S WORK HISTORY IN BRAZIL AND INDIA						
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/ worked Activity	Desde / From (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)	Até / To (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)
					__/__/__	__/__/__
					__/__/__	__/__/__
					__/__/__	__/__/__
					__/__/__	__/__/__
					__/__/__	__/__/__
					__/__/__	__/__/__

5 DECLARAÇÃO DE BENEFÍCIO BRASILEIRO EM OUTRO REGIME PREVIDENCIÁRIO / DECLARATION OF BRAZILIAN BENEFIT UNDER ANOTHER SOCIAL SECURITY SCHEME	
Recebe aposentadoria/ pensão por morte de outro regime de previdencia brasileiro? Receives retirement/ survivor's pension from another Brazilian Social Security Regime?	
SIM /YES <input type="checkbox"/> NÃO/NO <input type="checkbox"/>	
Se sim, preenher os campos abaixo: If yes, fill in the fields below:	
Tipo do benefício/Type of benefit: <input type="checkbox"/> pensão/pension <input type="checkbox"/> aposentadoria/retirement	
Origem/Origin: <input type="checkbox"/> Estadual/ State <input type="checkbox"/> Municipal/Municipal <input type="checkbox"/> Federal/ Federal	
Tipo de servidor/Server type: <input type="checkbox"/> militar/military <input type="checkbox"/> civil/civil	
Data de início do benefício no regime acima informado/ ____/____/____ Start date if the benefit in the regime informed above/ ____/____/____	
Nome do órgão que concedeu a pensão/aposentadoria/ Name of the organ that granted the pension/retirement	
Último valor do benefício recebido (valor bruto/sem 13º décimo terceiro) Mês/Ano/ ____/____ Last benefit amount received (gross amount/without 13th thirteenth) Month/year ____/____	

6	DADOS BANCÁRIOS / BANKING DETAILS	Brasil / Brazil <input type="checkbox"/>	Índia / INDIA <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		

7	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 indianas 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 India to exchange all information and documents relating to this application for benefits.</p>	
<p>Local / Place: _____</p> <p>_____/_____/_____</p> <p>Data da solicitação (dd/mm/aaaa) / Date of Application (dd/mm/yyyy)</p>	
<p>Assinatura do requerente / Applicant Signature</p>	

7 ORGANISMO DE LIGAÇÃO DO PAÍS DE ORIGEM/ LIASON BODY OF THE COUNTRY OF ORIGIN

Denominação/Name :

Endereço/Address :

Telefone/Telephone :

E-mail:

Foram conferidos os documentos de identificação apresentados pelo interessado? Were conferred the documents identification submitted by the applicant?

Sim/Yes Não/No

Observação/Observation _____

Local e Data (dd/mm/aaaa) / Place and Date (dd/mm/yyyy): _____, ____ / ____ / ____.

Carimbo / Stamp

Assinatura / Signature

NOTAS/ NOTES:

Este formulário deve ser preenchido em caso de requerimento de benefício por idade avançada. Abaixo as informações necessárias:

This form needs to be filled out in case of an application for old-age retirement benefits. Below the necessary information:

Regras vigentes para a aposentadoria por idade no Brasil: Current rules for Age retirement benefits in Brazil.

1- Regras anteriores à 13 de novembro de 2019 – Anteriores à Vigência da Emenda Constitucional EC 103/2019/ Rules prior to on November 13, 2019- Prior to Validity of Constitutional Amendment EC 103/2019.

- **mínimo de 180 contribuições/** the minimum of 180 contributions
- **idade mínima de 65 anos, se homem, ou 60 anos, se mulher/** have the minimum age of 65, if man e, or 60 years, if woman.

2- Regra de transição aplicada para pessoas filiadas até 13 de novembro de 2019/ Transition rules applied for people affiliated until on November 13, 2019:

- **idade mínima de 65 anos, se homem, ou a 62 se mulher/** have the minimum age of 65, if man, or 62 years, if woman.
- **Tempo de contribuição de 15 anos para ambos os sexos/** have a contribution time of 15 years for both sexes;
- **180 meses de carência para ambos os sexos/** the minimum of 180 contributions for both sexes.

1- Regras aplicadas para pessoas filiadas a partir de 14 de novembro de 2019/ Rules applied for people affiliated after on November 14, 2019: Aposentadoria programada (idade) Programmed retirement (age)

- **Tempo de contribuição de 15 anos para mulher e 20 anos para homem/** have a contribution time of 15 year, if woman, or 20 years, if man;
- **idade mínima de 65 anos, se homem, ou 62, se mulher/** have the minimum age of 65, if man, or 62 years, if woman.

Documentos necessários / Necessary Documents

As informações constantes no Cadastro Nacional de Informações Sociais – CNIS, serão consideradas para comprovar filiação à Previdência Social, tempo de contribuição e salário de contribuição, desde que não contenham nenhuma marca de erro. Havendo divergência entre os dados declarados neste formulário e o constante no Cadastro Nacional de Informações Sociais – CNIS, o INSS solicitará a documentação necessária para a correção ou a complementação dos dados./ Information in the National Social Security Information System (CNIS) is valid to evidence Social Security registration, contribution time, and contribution salary, as long as they free of errors. If there is any discrepancy between the data provided in this form and those included in the National Social Security Information System (CNIS), INSS will request the documents required to correct or supplement the data.

É necessário que você informe o número do Cadastro de Pessoa Física - CPF no campo 2 para que a sua aposentadoria seja concedida. Caso não tenha adquirido o número do CPF, ou este esteja com alguma inconsistência junto à Receita Federal do Brasil, envie juntamente com este requerimento um documento de identidade com foto, que providenciaremos o número, ou solicitaremos a regularização./ You need to provide your Tax ID (CPF) number in field 2 for your retirement benefit to be granted. If you do not have a CPF number, or if it has any pending issues with the Brazilian Federal Revenue Service, please send a photo ID along with this request and we will obtain the number or request its rectification.

Os documentos pessoais informados neste formulário deverão ser apresentados na Instituição ou Organismo de Ligação do país receptor para validação./ The personal documents provided in this form shall be presented to the Liaison Body or Institution in the recipient country for validation.

