

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

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE APOSENTADORIA POR INVALIDEZ
APPLICATION FORM FOR BRAZILIAN DISABILITY BENEFIT**

**ESTE FORMULÁRIO DEVE SER APRESENTADO À INSTITUIÇÃO COMPETENTE NA INDIA 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 MUST 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 2-6 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
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 / 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 da INDIA/ INDIA document		Nome do departamento de expedição / Name of the issuing Institution ____ / ____ / ____										
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 na INDIA / INDIA Identification Document Number ____												
Outro País/Other Country ____												
Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil / Brazilian Individual Taxpayer Registration: <table border="1"><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr></table>					_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____					
Número de Identificação do Trabalhador- NIT no Brasil / Brazilian Worker's Identification Number – NIT: <table border="1"><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr></table>					_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____					
Número do Seguro Social na INDIA/ Número do Seguro da Conta Universal / INDIA Social Insurance Number/ Universal Account Number: <table border="1"><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr></table>					_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____					
DADOS RESIDENCIAIS / HOME ADDRESS												
País / Country	Estado / Province			Cidade / City								
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): ____ / ____ / ____												

3	DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES NO BRASIL NA ÍNDIA E OUTROS PAÍSES / INSURED PERSON'S WORK HISTORY IN BRAZIL, INDIA, 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)
						__ / __ / __	__ / __ / __
						__ / __ / __	__ / __ / __
						__ / __ / __	__ / __ / __
						__ / __ / __	__ / __ / __
						__ / __ / __	__ / __ / __
						__ / __ / __	__ / __ / __

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 completo /Full 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 <hr/> <input type="checkbox"/> Número do Documento de Identificação na ÍNDIA / INDIA Identification Document Number <hr/> <input type="checkbox"/> Outro País / Other Country <hr/>		Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy) <hr/> __ / __ / __					
Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil / Brazilian Individual Taxpayer Registration:							
<input type="text"/>							
Número de Identificação do Trabalhador- NIT no Brasil / Brazilian Worker's Identification Number – NIT:							
<input type="text"/>							
DADOS RESIDENCIAIS / HOME ADDRESS							
País / Country		Estado / Province		Cidade / City		CEP / Postal Code	
Rua / Street Bairro / Neighbourhood (if applicable)						Número / Number	

Logradouro / Sidewalk (if applicable)		
Apt., Villa. / Apt Number, Village:		Telefone / Telephone number
E-mail:		

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

6	DADOS BANCÁRIOS / BANKING DETAILS	Brasil / Brazil <input checked="" type="checkbox"/>	INDIA <input type="checkbox"/>
<p>Nome do titular / Holder's name</p>			
<p>Nome do Banco / Bank's name</p>			
<p>Número da Agência Bancária / Banking Agency Number</p>			
<p>Nome da Agência Bancária / Banking Agency Name</p>			
<p>Endereço do Banco / Bank's address</p>			
<p>Código bancário BIC/SWIFT / Bank identification Code (BIC/SWIFT)</p>			
<p>Número da Conta Bancária / Account Number</p>			
<p>IBAN</p>			

7

DECLARAÇÃO DO REQUERENTE / APPLICANT STATEMENT

Eu declaro que as informações constantes nesta solicitação são verdadeiras, completas e de meu conhecimento e comprometome a fornecer as informações que sofrerem alterações, posteriores a este requerimento. Autorizo às instituições competentes brasileiras e da **INDIA** 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 **INDIA** to exchange all information and documents relating to this application for benefits.

Local / Place: _____

____ / ____ /
Data da solicitação (dd/mm/aaaa) /
Date of Application (dd/mm/yyyy)

Assinatura do requerente / Applicant signature

8 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 para solicitar benefício de aposentadoria por Incapacidade Permanente/
This form needs to be filled to apply for permanent disability benefit

Para segurados que se encontrem permanentemente incapazes de exercer suas atividades laborais ou qualquer outro tipo de serviço que garanta seu sustento/_For insured people who are permanently incapable of exercising their work activities or any other type of service that guarantees their livelihood

Benefício devido ao cidadão que comprovar 12 meses de contribuições/ Benefit payable to citizens that evidence 12 months of contribution

Será devido ao segurado que, estando ou não em gozo de auxílio por incapacidade temporária, for considerado incapaz para o trabalho, por doença ou acidente, e insuscetível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência/ It shall be payable to the insured party that is deemed incapable of working as a result of a disease or accident and that cannot be rehabilitated for the performance of an activity that guarantees their subsistence, regardless of any temporary disability benefit.

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/ The information contained in the National Register of Social Information - CNIS will be considered to prove affiliation to Social Security, 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.

Os documentos pessoais cujos dados devem ser 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.

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.

Devem ser encaminhados: atestado médico, exames de laboratório, atestado de internação hospitalar, atestados de tratamento ambulatorial e outros documentos que possam subsidiar a análise da incapacidade pela perícia médica do INSS,/ The following shall be sent: any medical certificates, laboratory tests, documents evidencing hospital admissions, outpatient treatments, and any other documents that may support the analysis of the disability by the INSS medical experts.

