

Requerimento de Aposentadoria do Seguro Previdenciário Alemão

Os esclarecimentos em anexo servem de ajuda para o preenchimento do requerimento. Responda com exatidão às perguntas, assinalando o que lhe couber, e envie em anexo toda a documentação necessária à instrução do pedido.

Antrag auf Versichertenrente aus der Deutschen Rentenversicherung

Die beiliegenden Erläuterungen sollen Ihnen beim Ausfüllen des Antrages helfen. Bitte beantworten Sie alle Fragen genau, kreuzen Sie Zutreffendes an und fügen Sie alle notwendigen Nachweise bei.

A Dados sobre o Segurado

Angaben zum Versicherten

1	Número de Seguro Alemão		Deutsche Versicherungsnummer
2	Código - se souber - (só para DRV-Bund)		Kennzeichen - soweit bekannt - (nur für DRV-Bund)
3	CPF (Cadastro de Pessoas Físicas)		CPF (brasilianische Steuernummer)
4	Número de Identificação brasileiro (NIT/PIS/PASEP)		Brasilianische Identifikations-Nummer (NIT/PIS/PASEP)
5	Sobrenomes		Name
6	Prenomes		Vornamen
7	Nome de solteira(o) (Apenas quando houver divergência)		Geburtsname (wenn abweichend)
8	Nomes Anteriores		Frühere Namen
9	Data de Nascimento (Anexar Certidão de Nascimento no original, ou cópia autenticada ou fazer confirmar pelo INSS no Campo J.)	Dia Tag Mês Monat Ano Jahr	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis im Original oder als amtlich bestätigte Kopie beifügen oder im Teil J durch INSS bestätigen lassen.)
10	Lugar de Nascimento (Município, Estado, País)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)
11	Sexo	☐ masculino männlich ☐ feminino weiblich	Geschlecht
12	Nacionalidade(s) atual(atuais) (Anexar comprovante no original, ou cópia autenticada ou fazer confirmar pelo INSS no Campo J.)		Aktuelle Staatsangehörigkeit(en) (Bitte Nachweis im Original oder als amtlich bestätigte Kopie beifügen oder im Teil J durch INSS bestätigen lassen.)
13	Endereço		Anschrift
14	Número de Telefone		Telefonnummer
15	Número de Telefax		Telefaxnummer
16	Estado Civil	não casado (solteiro, viúvo ou divorciado) / não vivendo em união estável registrada ☐ nicht verheiratet (ledig, verwitwet oder geschieden) / nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend casado / novamente casado / vivendo em união estável homos- sexual registrada ☐ verheiratet / wieder verheiratet / in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend	Familienstand

Número de Seguro Alemão / Deutsche Versicherungsnummer

Código (se souber) / Kennzeichen (soweit bekannt)

B Requerimento apresentado por Terceiros (Favor anexar procuração)

Antragstellung durch andere Person (Vollmacht bitte beifügen)

1	Sobrenomes		Name
2	Prenomes		Vornamen
3	Endereço		Anschrift
4	Número de Telefone		Telefonnummer
5	Número de Telefax		Telefaxnummer

C Espécie de Prestação Requerida e Data de Início do Benefício

Beantragte Leistungsart und Rentenbeginn

1	Aposentadoria por Idade	☐	Altersrente
2	Aposentadoria por Invalidez (Preencher o Campo L)	☐	Rente wegen Erwerbsminderung (Bitte auch Teil L ausfüllen.)
3	Aposentadoria em decorrência de educação para divorciados após 30 de junho de 1977, responsáveis pela educação ou guarda dos filhos	☐	Erziehungsrente für nach dem 30. Juni 1977 Geschiedene, die Kinder erziehen oder betreuen
4	A Aposentadoria por Idade deve iniciar - no momento mais breve possível, com redução de valores - ou no momento mais breve possível, sem redução de valores - ou em	☐ ☐ 0 1	Die Altersrente soll beginnen - zum frühestmöglichen Zeitpunkt mit Rentenminderung - oder zum frühestmöglichen Zeitpunkt ohne Rentenminderung - oder zum
5	Com a presente declaro que meu(s) emprego(s) remunerados e/ou minha(s) atividade(s) autônoma(s) - Cessaram em (Anexar comprovante sobre a cessação do vínculo empregatício ou do exercício da atividade profissional autônoma ou fazer confirmar pelo INSS no Campo J) - Que pretendo cessá-los em		Ich erkläre hiermit , dass ich meine Beschäftigung(en) gegen Entgelt und / oder selbständige(n) Tätigkeit(en) - aufgegeben habe zum (Bitte Bescheinigung über Aufgabe der Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit beifügen oder im Teil J durch INSS bestätigen lassen.) - aufgeben werde zum
6	Mesmo após o início do benefício da Aposentadoria Alemã por Idade pretendo continuar a exercer atividade profissional, como empregado ou autônomo. Em caso afirmativo, indicar também: - Trabalho dependente (incluindo valores de aposentadoria antecipada pagos pelo empregador) Rendimentos mensais brutos (Anexar comprovante do empregador) - Atividade profissional autônoma (atividade comercial, trabalho autônomo, agricultura e silvicultura etc.) Lucro mensal previsto com incidência fiscal (Anexar a última declaração fiscal ou parecer do consultor fiscal.)	☐ não nein ☐ sim ja ☐ não nein ☐ sim ja ☐ não nein ☐ sim ja	Auch nach Beginn der deutschen Altersrente beabsichtige ich (weiterhin) eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit auszuüben. Wenn ja, bitte weitere Angaben: - abhängige Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgelder vom Arbeitgeber) monatliche Bruttoeinkünfte (Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers beifügen.) - selbständige Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.) voraussichtlicher monatlicher steuerrechtlicher Gewinn (Bitte letzte Steuererklärung oder Bescheinigung des Steuerberaters beifügen.)

Número de Seguro Alemão / Deutsche Versicherungsnummer

Código (se souber) / Kennzeichen (soweit bekannt)

E Dados sobre o Histórico de Seguro na Alemanha

Favor declarar aqui

- os períodos de emprego
- os períodos de exercício de atividade profissional autônoma
- os períodos de contribuição voluntária
- os períodos substitutivos (p. ex. serviço militar, prisioneiro de guerra; expatriação)

Lance apenas os períodos que **não** estão incluídos no seu histórico de seguro, anexando a respectiva documentação comprobatória. Se necessário, poderá requerer seu histórico de seguro junto da sua Instituição Seguradora Alemã.

E Angaben zum deutschen Versicherungsleben

Bitte machen Sie hier Angaben über

- Beschäftigungszeiten
- Zeiten der selbständigen Tätigkeit
- freiwillige Beitragszahlungen
- Ersatzzeiten (z. B. Wehrdienst, Kriegsgefangenschaft, Vertreibung)

Beschränken Sie sich dabei auf die Zeiten, die **nicht** in Ihrem Versicherungsverlauf enthalten sind und fügen Sie bitte entsprechende Nachweise bei. Einen Versicherungsverlauf können Sie bei Bedarf von Ihrem deutschen Versicherungsträger anfordern.

Período desde - até	Designação exata do emprego ou da atividade profissional autônoma exercida (em caso de períodos substitutivos, indicar de que tipo de períodos se tratava)	Nome e endereço do empregador/da empresa, em caso de trabalho autônomo, indicar "trabalho autônomo"	Nome e endereço da Caixa de Seguro-Saúde, na qual esteve segurado (p. ex. AOK, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse)
Zeitraum vom - bis	Genaue Bezeichnung der ausgeübten Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit (Bei Ersatzzeiten bitte die Art der Zeit angeben)	Name und Anschrift des Arbeitgebers / Unternehmens, bei Selbständigkeit bitte "selbständig" angeben	Name und Anschrift der Krankenkasse, bei der Sie versichert waren (z. B. AOK, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse)

Se não tiver espaço suficiente para a sua resposta, é favor seguir a mesma em folha separada! / Falls Platz nicht ausreicht, bitte auf gesondertem Blatt fortsetzen!

Número de Seguro Alemão / Deutsche Versicherungsnummer

Código (se souber) / Kennzeichen (soweit bekannt)

F Outros Dados sobre o Histórico de Seguro

(Anexar documentação comprovante, se não ter sido enviada anteriormente)

Weitere Angaben zum Versicherungsleben

(Bitte Nachweise beifügen, soweit nicht bereits früher übersandt)

1	Já recebeu restituição de contribuição do Seguro Alemão Previdenciário? Em caso afirmativo, indicar: - Instituição Seguradora - Número de Seguro, Número de Referência	☐ não nein ☐ sim ja	Sind Ihnen jemals Beiträge aus der deutschen Rentenversicherung erstattet worden? Falls ja, bitte angeben: - Versicherungsträger - Versicherungsnummer, Aktenzeichen
2	Houve no seu caso uma repartição entre os cônjuges divorciados do direito à aposentadoria conforme a legislação alemã? Em caso afirmativo: - Seu ex-cônjuge ainda está vivo? - Nome e Endereço do ex-cônjuge - Está vinculado ao sustento do seu ex-cônjuge ou lhe pagou uma indenização? (Anexar título ou acordo alimentar e comprovante de pagamentos.)	☐ não nein ☐ sim ja ☐ não nein ☐ sim ja	Wurde für Sie ein Versorgungsausgleich nach deutschem Recht durchgeführt? Falls ja: - Lebt Ihr früherer Partner noch? - Name und Anschrift des früheren Partners - Sind Sie Ihrem früheren Partner zum Unterhalt verpflichtet oder haben Sie diesem eine Abfindung gezahlt? (Bitte Unterhaltstitel oder -vereinbarung und Zahlungsnachweis beifügen.)
3	Efetuiu na Alemanha uma formação profissional (mesmo sem diploma final)? Período de Formação Tipo de formação profissional (Anexar certificado.) Caso existente, diploma final datado de ... (Anexar certificado.)	☐ não nein ☐ sim ja desde / vom até / bis Dia Tag Mês Monat Ano Jahr 	Haben Sie in Deutschland eine Berufsausbildung gemacht (auch ohne Abschluss)? Zeitraum Art der Berufsausbildung (Bitte Nachweis beifügen) ggf. Abschluss am (Bitte Nachweis beifügen.)
4	Esteve na Alemanha incapacitado para o trabalho ou recebeu benefícios para a reabilitação que não estão incluídos no histórico de seguro? Períodos (Anexar documentos comprovantes.)	☐ não nein ☐ sim ja desde / vom até / bis desde / vom até / bis	Waren Sie in Deutschland arbeitsunfähig oder haben Leistungen zur Rehabilitation erhalten, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind? Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)
5	Esteve na Alemanha registrado como desempregado por um período não incluído no histórico de seguro? Períodos (Anexar documentos comprovantes.)	☐ não nein ☐ sim ja desde / vom até / bis desde / vom até / bis	Waren Sie in Deutschland arbeitslos gemeldet und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten? Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)
6	Após completar 17 anos de idade frequentou, na Alemanha ou fora da Alemanha, alguma escola, escola técnica, escola técnica superior ou universidade, e esse período não está incluído no histórico de seguro? Períodos (Anexar documentos comprovantes.)	☐ não nein ☐ sim ja desde / vom até / bis desde / vom até / bis	Haben Sie nach Vollendung des 17. Lebensjahres eine Schul-, Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulausbildung innerhalb oder außerhalb Deutschlands absolviert und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten? Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)

Número de Seguro Alemão / Deutsche Versicherungsnummer

Código (se souber) / Kennzeichen (soweit bekannt)

7	Entre os 17 e 25 anos de idade encontrou-se, na Alemanha ou fora da Alemanha, em situação de incapacidade laboral por um período não inferior a um mês e esse período não está incluído no histórico de seguro? Períodos (Anexar documentos comprovantes.)	☐ não nein ☐ sim ja desde / vom até / bis desde / vom até / bis	Waren Sie zwischen dem 17. und dem 25. Lebensjahr mindestens einen Kalendermonat innerhalb oder außerhalb Deutschlands arbeitsunfähig und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten? Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)
8	Após completar 16 anos de idade viveu num dos seguintes países: Austrália, Dinamarca, Finlândia, Islândia, Israel, Canadá / Quebec, Liechtenstein, Noruega, Suécia, Suíça, ou, após completar 15 anos de idade nos Países Baixos?	☐ não nein ☐ sim ja	Haben Sie nach Vollendung des 16. Lebensjahres in einem der folgenden Länder gewohnt: Australien, Dänemark, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, der Schweiz oder nach dem 15. Lebensjahr in den Niederlanden?
	Período desde / vom até / bis Pais / Staat Instituição seguradora / Versicherungsträger Número de seguro / Versicherungsnummer		Zeitraum
	Período desde / vom até / bis Pais / Staat Instituição seguradora / Versicherungsträger Número de seguro / Versicherungsnummer		Zeitraum
9	Eerceu atividade profissional também fora da Alemanha (também no Brasil)? Em caso afirmativo, detalhar outros dados. Deverá indicar também os períodos cumpridos em sistemas especiais (p. ex. servidores públicos / pessoas equiparadas, funcionários da UE, autônomos, agricultores).	☐ não nein ☐ sim ja	Waren Sie auch außerhalb Deutschlands (auch Brasiliens) erwerbstätig? Falls ja, bitte weitere Angaben machen. Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (z. B. für Beamte / gleichgestellte Personen, EU-Bedienstete, Selbständige, Landwirte).
	Período desde / vom até / bis Pais / Staat Instituição seguradora / Versicherungsträger Número de seguro / Versicherungsnummer		Zeitraum
	Período desde / vom até / bis Pais / Staat Instituição seguradora / Versicherungsträger Número de seguro / Versicherungsnummer		Zeitraum
	Período desde / vom até / bis Pais / Staat Instituição seguradora / Versicherungsträger Número de seguro / Versicherungsnummer		Zeitraum
	Período desde / vom até / bis Pais / Staat Instituição seguradora / Versicherungsträger Número de seguro / Versicherungsnummer		Zeitraum
	Período desde / vom até / bis Pais / Staat Instituição seguradora / Versicherungsträger Número de seguro / Versicherungsnummer		Zeitraum
	Período desde / vom até / bis Pais / Staat Instituição seguradora / Versicherungsträger Número de seguro / Versicherungsnummer		Zeitraum

Número de Seguro Alemão / Deutsche Versicherungsnummer

Código (se souber) / Kennzeichen (soweit bekannt)

G Períodos dedicados à Educação de Crianças que não foram requeridos anteriormente
(Se as crianças foram educadas na Alemanha, a instituição alemã competente enviará o formulário V0800.)

Zeiten der Kindererziehung, soweit nicht bereits früher beantragt

(Bei Erziehung in Deutschland übersendet der zuständige deutsche Träger das Formblatt V0800.)

Foram educadas as seguintes crianças:			Folgende Kinder wurden erzogen:		
1	Sobrenomes da Criança		Name des Kindes		
	Prenomes		Vornamen		
	Data de Nascimento (Anexar Certidão de Nascimento no original, ou cópia autenticada ou fazer confirmar pelo INSS no Campo J)	Dia Tag Mês Monat Ano Jahr	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis im Original oder als amtlich bestätigte Kopie beifügen oder im Teil J durch INSS bestätigen lassen.)		
	Lugar de Nascimento (Município, Estado Federado, País)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)		
	Exercia atividade profissional durante a gravidez e teve de interrompê-la devido à proteção da maternidade prevista pela lei?	☐ não nein ☐ sim ja desde / vom até / bis	Waren Sie während der Schwangerschaft berufstätig und mussten Sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?		
	Fui eu quem educou predominantemente a criança desde que nasceu até que completar 10 anos.	☐ não nein ☐ sim ja	Ich habe das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.		
No seguinte País / im folgenden Staat		desde / vom		até / bis	
		Dia Tag Mês Monat Ano Jahr		Dia Tag Mês Monat Ano Jahr	
		Dia Tag Mês Monat Ano Jahr		Dia Tag Mês Monat Ano Jahr	
		Dia Tag Mês Monat Ano Jahr		Dia Tag Mês Monat Ano Jahr	
2	Sobrenomes da Criança		Name des Kindes		
	Prenomes		Vornamen		
	Data de Nascimento (Anexar Certidão de Nascimento no original, ou cópia autenticada ou fazer confirmar pelo INSS no Campo J)	Dia Tag Mês Monat Ano Jahr	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis im Original oder als amtlich bestätigte Kopie beifügen oder im Teil J durch INSS bestätigen lassen.)		
	Lugar de Nascimento (Município, Estado Federado, País)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)		
	Exercia atividade profissional durante a gravidez e teve de interrompê-la devido à proteção da maternidade prevista pela lei?	☐ não nein ☐ sim ja desde / vom até / bis	Waren Sie während der Schwangerschaft berufstätig und mussten Sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?		
	Fui eu quem educou predominantemente a criança desde que nasceu até que completar 10 anos.	☐ não nein ☐ sim ja	Ich habe das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.		
No seguinte País / im folgenden Staat		desde / vom		até / bis	
		Dia Tag Mês Monat Ano Jahr		Dia Tag Mês Monat Ano Jahr	
		Dia Tag Mês Monat Ano Jahr		Dia Tag Mês Monat Ano Jahr	
		Dia Tag Mês Monat Ano Jahr		Dia Tag Mês Monat Ano Jahr	

Código (se souber) /
Kennzeichen (soweit bekannt)

A9500 SB
Forms A95008 - V004 - 09/15 - 4

Número de Seguro Alemão / Deutsche Versicherungsnummer

Código (se souber) / Kennzeichen (soweit bekannt)

H Outros Dados sobre Outros Direitos

Weitere Angaben zu sonstigen Ansprüchen

1	Já apresentou requerimento de aposentadoria brasileira ou estrangeira? Recebe ou já recebeu alguma aposentadoria? Em caso afirmativo, indicar: - Período de Recebimento - Tipo de Benefício - Instituição Seguradora (Nome e Endereço) - Número de Seguro ou Número de Referência	☐ não nein ☐ sim ja desde / vom até / bis	Haben Sie bereits eine brasilianische oder eine andere ausländische Rente beantragt, wird oder wurde eine solche bezogen? Falls ja, bitte angeben: - Zeit des Bezuges - Art der Rente - Versicherungsträger (Name und Anschrift) - Versicherungsnummer oder Aktenzeichen
2	Já apresentou requerimento de pensão por morte ao Seguro Previdenciário Alemão? Recebe ou recebeu alguma pensão? Em caso afirmativo, indicar: - Nome Completo do Cônjuge Falecido - Data de Óbito - Instituição Seguradora - Número de Seguro ou Data de Nascimento do Cônjuge Falecido	☐ não nein ☐ sim ja Dia Tag Mês Monat Ano Jahr	Haben Sie eine Hinterbliebenenrente aus der deutschen Rentenversicherung beantragt, wird oder wurde eine solche bezogen? Falls ja, bitte angeben: - Vollständiger Name des verstorbenen Ehegatten - Sterbedatum - Versicherungsträger - Versicherungsnummer oder Geburtsdatum des verstorbenen Partners
3	Apresentou requerimento de prestação de seguro por acidentes brasileiro, alemão ou estrangeiro ou recebe auxílio-acidente, ou recebeu uma indenização devido a um acidente? Em caso afirmativo, indicar: - Instituição Seguradora e País (Nome e Endereço) - Número de Referência	☐ não nein ☐ sim ja	Haben Sie eine Leistung aus der brasilianischen, deutschen oder anderen ausländischen Unfallversicherung beantragt oder wird eine Unfallrente bezogen oder wurde hierfür eine Abfindung gewährt? Falls ja, bitte angeben: - Versicherungsträger und Staat (Name und Anschrift) - Aktenzeichen

I Declaração**Erklärung**

Confirmo ter efetuado da melhor fé e consciência todas as declarações no presente requerimento. É do meu conhecimento que poderei responder penalmente perante as autoridades da República Federal da Alemanha por falsas declarações intencionais.

Comprometo-me a comunicar, sem atrasos e pro escrito, à Instituição seguradora, após apresentação de requerimento e deferimento das prestações, todas as alterações que possam influenciar no pagamento da aposentadoria ou no direito à mesma e ainda de restituir à Instituição seguradora os montantes pagos indevidamente.

É do meu conhecimento que o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) está autorizado a fornecer à Instituição Alemã do Seguro Previdenciário todas as informações que se encontram na sua documentação, relacionadas com a nacionalidade, a qualidade de apátrida ou de refugiado, o histórico de seguro brasileiro, o direito à aposentadoria e o seu respectivo montante. Caso seja necessário à prestação requerida, o INSS **poderá** complementarmente fornecer relatórios de médicos e estabelecimentos hospitalares à Instituição Alemã do Seguro Previdenciário competente.

Estou de acordo que toda a documentação e todos os comprovantes apresentados que se encontram relacionados com este requerimento ou que sejam necessários após uma decisão sobre este requerimento, possam ser colocados à disposição por parte do INSS à Instituição Seguradora Alemã competente, e vice-versa, a fim de que se possa tomar uma decisão sobre o direito à prestação.

Se necessário no âmbito da prestação requerida, **estou de acordo** que todos os atestados médicos ou resultados clínicos que forem anexados ao requerimento, fizerem parte dos expedientes ou forem emitidos durante o processo de análise quanto à atribuição da aposentadoria, possam ser consultados e avaliados pela Instituição Seguradora Alemã competente ou pelo INSS. Igualmente estou de acordo que os médicos assistentes, psicólogos e as respectivas instâncias possam prestar a estas Instituições seguradoras todas as informações necessárias acerca do meu estado de saúde. Tal inclui o envio de documentação médica aí existente ou emitida durante o procedimento.

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass ich bei wissentlich falschen Angaben durch die Behörden der Bundesrepublik Deutschland strafrechtlich verfolgt werden kann.

Ich verpflichte mich, dem Versicherungsträger nach Antragstellung und Bewilligung der Leistung unverzüglich jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflusst, schriftlich mitzuteilen und überzahlte Beträge an den Versicherungsträger zurückzuzahlen.

Mir ist bekannt, dass das Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger jede Information, betreffend die Staatsangehörigkeit, Staatenlosigkeit oder Flüchtlingseigenschaft, den brasilianischen Versicherungsverlauf, den Anspruch auf Rentenleistung sowie dessen Höhe erteilen darf, die in den Akten enthalten ist. Soweit für die beantragte Leistung erforderlich, **darf** das INSS zudem ärztliche Berichte von Ärzten und Krankenhäusern für den zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger beschaffen.

Ich bin damit einverstanden, dass alle vorgelegten Unterlagen und Beweismittel, die sich auf diesen Antrag beziehen oder die nach einer Entscheidung über diesen Antrag erforderlich werden, vom INSS dem zuständigen deutschen Versicherungsträger und umgekehrt zur Verfügung gestellt werden können, damit über die Leistungsberechtigung entschieden werden kann.

Soweit für die beantragte Leistung erforderlich, **bin ich damit einverstanden**, dass alle ärztlichen Gutachten oder Krankheitsbefunde, die zum Antrag vorgelegt werden, in den Akten enthalten sind oder während des Rentenverfahrens erstellt werden, von dem zuständigen deutschen Versicherungsträger oder INSS eingesehen und verwertet werden können. Ich bin ferner damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte, Psychologen und Einrichtungen diesen Versicherungsträgern jede erforderliche Auskunft über meinen Gesundheitszustand erteilen. Dies schließt auch die Übersendung von dort vorliegenden oder während des Rentenverfahrens erstellten medizinischen Unterlagen ein.

Assinatura do Requerente**Unterschrift des Antragstellers**

Data / Datum

Assinatura / Unterschrift

Por favor, preencha e assine a **Declaração de Pagamento** no Campo K!

Se requerer **Aposentadoria por Invalidez**, preencha também o Campo L!

Bitte noch die **Zahlungserklärung** in Teil K ausfüllen und unterschreiben!

Bei Antrag auf **Rente wegen Erwerbsminderung** bitte auch Teil L ausfüllen!



Número de Seguro Alemão / Deutsche Versicherungsnummer

Código (se souber) / Kennzeichen (soweit bekannt)

J Confirmação por parte do INSS

Bestätigung durch INSS

Data do Requerimento, conforme o artigo 17, parágrafo 1. do Acordo Os dados pessoais do segurado (sobrenomes, prenomes, data de nascimento e nacionalidade) foram comprovados através de: - Passaporte Válido - Outro(s) documento(s) (indicar quais)	<table border="1"> <tr> <td>Dia Tag</td> <td>Mês Monat</td> <td>Ano Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr				Tag der Antragstellung nach Artikel 17 Absatz 1 des Abkommens
Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr						
☐ não nein ☐ sim ja	Die Angaben zur Person des Versicherten (Name, Vornamen, Geburtsdatum sowie die Staatsangehörigkeit) werden bestätigt durch: - gültigen Reisepass							
☐ não nein ☐ sim ja	- sonstige Urkunde(n) (bitte angeben)							
Confirma-se os dados declarados no campo C, ponto 5.	☐ não nein ☐ sim ja	Die Angaben in Teil C Punkt 5 werden bestätigt.						
Os dados sobre as crianças indicadas no Campo G (sobrenomes, prenomes, data de nascimento) foram confirmados com base nos documentos apresentados.	☐ não nein ☐ sim ja	Die Angaben zu den Kindern in Teil G (Name, Vornamen, Geburtsdatum) werden aufgrund vorgelegter Urkunden bestätigt.						
Data	<table border="1"> <tr> <td>Dia Tag</td> <td>Mês Monat</td> <td>Ano Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr				Datum
Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr						
Assinatura		Unterschrift						
Carimbo do INSS		Stempel von INSS						

Número de Seguro Alemão / Deutsche Versicherungsnummer

Código (se souber) / Kennzeichen (soweit bekannt)

K Declaração de Pagamento

Zahlungserklärung

1

Conta Bancária no Brasil

O benefício deverá ser pago mediante transferência bancária para **minha** conta em Instituição Bancária no Brasil.

Por favor, faça preencher e confirmar os seguintes espaços pelo seu banco.

Nome da Instituição Bancária

Endereço da Instituição Bancária

Código Bancário

Código da Agência

Número de Conta

SWIFT Bank Identifier Code - BIC

International Bank Account Number - IBAN

☐

Konto in Brasilien

Die Leistung soll durch Überweisung auf **mein** Konto bei einem Geldinstitut in Brasilien gezahlt werden.

Bitte lassen Sie die folgenden Felder von Ihrer Bank ausfüllen und bestätigen.

Name des Geldinstituts

Anschrift des Geldinstituts

Bankleitzahl des Geldinstituts (Zentrale)

Bankleitzahl des Geldinstituts (Filiale)

Kontonummer

SWIFT Bank Identifier Code - BIC

International Bank Account Number - IBAN

B R

Assinatura e carimbo do instituto bancário

Unterschrift und Stempel des Geldinstituts

Carimbo / Stempel

Assinatura / Unterschrift

- Eu sou o **único** titular da conta bancária supracitada e a **única** pessoa que dela está autorizada a dispor.

- A conta bancária supracitada é uma **conta conjunta**, sendo eu e meu cônjuge os seus titulares.
(O co-titular da conta também deverá assinar no final do Campo K.)

- Para a conta supracitada foi emitida **procuração** a:

☐☐☐

- Ich bin **alleiniger** Inhaber des oben genannten Kontos und **allein** darüber Verfügungsberechtigt.

- Das oben genannte Konto ist ein **Gemeinschaftskonto**, dessen Inhaber ich und mein Ehepartner sind.
(Bitte auch den Mitinhaber am Ende des Teils K unterschreiben lassen.)

- Für das oben genannte Konto wurde eine **Kontovollmacht** erteilt für

Nome e Endereço
(O procurador da conta também deverá assinar no final do Campo K.)

Name und Anschrift
(Bitte auch den Kontobevollmächtigten am Ende des Teils K unterschreiben lassen.)

2 Conta Bancária na Alemanha O benefício deverá ser pago mediante transferência bancária para uma conta numa Instituição Bancária na República Federal da Alemanha. Nome da Instituição Bancária Endereço da Instituição Bancária Nome e Endereço do Titular da Conta, se este não for o beneficiário, ou do co-titular ou procurador da Conta Bancária (O co-titular / procurador da conta também deverá assinar no final do Campo K.) SWIFT Bank Identifier Code - BIC International Bank Account Number - IBAN D E	☐	Konto in Deutschland Die Leistung soll durch Überweisung auf ein Konto bei einem Geldinstitut in der Bundesrepublik Deutschland gezahlt werden. Name des Geldinstituts Anschrift des Geldinstituts Name und Anschrift des Kontoinhabers, sofern vom Berechtigten abweichend, bzw. des Kontomitinhabers oder Kontobevollmächtigten (Bitte auch den Kontomitinhaber / Kontobevollmächtigten am Ende des Teils K unterschreiben lassen.) SWIFT Bank Identifier Code - BIC International Bank Account Number - IBAN
3 Inexistência de Conta Bancária O benefício deverá ser pago por cheque a ser enviado para o meu endereço postal.	☐	Kein Konto Die Leistung soll durch Scheckzahlung an meine Anschrift gezahlt werden.
4 Pagamento ao Procurador O pagamento suplementar de aposentadoria deverá ser efetuado ao meu procurador - através de transferência para a seguinte conta bancária / conta fiduciária na Alemanha SWIFT Bank Identifier Code - BIC International Bank Account Number - IBAN D E	☐	Zahlung an den Bevollmächtigten Die Rentennachzahlung soll an meinen Bevollmächtigten gezahlt werden - durch Überweisung auf das folgende Konto / Anderkonto in der Bundesrepublik Deutschland SWIFT Bank Identifier Code - BIC International Bank Account Number - IBAN

Número de Seguro Alemão / Deutsche Versicherungsnummer											

Código (se souber) / Kennzeichen (soweit bekannt)			

5 **Declaro** que, após a transferência da prestação na forma por mim acima desejada, foi preenchido o direito.

Comprometo-me a comunicar, sem atrasos e por escrito, todas as alterações que possam influenciar no pagamento ou no montante da aposentadoria ou ainda no próprio direito à mesma, à:

Deutsche Post AG
Niederlassung Renten Service
13496 Berlin
DEUTSCHLAND.

Comprometo-me ainda restituir à

Deutsche Post AG
Niederlassung Renten Service
50417 Köln
DEUTSCHLAND

os montantes pagos indevidamente. Neste contexto dei instruções à respectiva Instituição Bancária que gerencia a conta - com efeito que se prolonga para os meus herdeiros - de restituir à Deutsche Post AG em Köln todos os montantes pagos indevidamente. Estas instruções só podem ser revogadas por mim próprio e não pelos meus herdeiros.

Ich erkläre, dass der Anspruch erfüllt ist, wenn die Leistung in der vorstehend von mir gewünschten Form angewiesen wird.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder die Höhe der Rente oder den Rentenanspruch selbst beeinflusst, unverzüglich schriftlich der

Deutsche Post AG
Niederlassung Renten Service
13496 Berlin
DEUTSCHLAND

mitzuteilen.

Ferner verpflichte ich mich, zuviel gezahlte Beträge an die

Deutsche Post AG
Niederlassung Renten Service
50417 Köln
DEUTSCHLAND

zurückzuzahlen. Dazu habe ich das jeweils kontoführende Geldinstitut - mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber - beauftragt, die zuviel gezahlten Beträge an die Deutsche Post AG in Köln zurückzuüberweisen. Dieser Auftrag kann nur von mir - aber nicht von meinen Erben - widerrufen werden.

Data / Datum

Assinatura do Requerente /
Unterschrift des Antragstellers

Assinatura do Titular ou Procurador da Conta Bancária /
Unterschrift des Kontoinhabers oder der Kontobevollmächtigten

Número de Seguro Alemão / Deutsche Versicherungsnummer

Código (se souber) / Kennzeichen (soweit bekannt)

L Dados para a Análise de Invalidez

Preencher somente se requerer uma Aposentadoria por Invalidez

Se estiver em posse de documentação médica / relatórios de estabelecimentos hospitalares recentes, rogamos que nos envie cópias dos mesmos.

Angaben zur Erwerbsminderung

Bitte nur ausfüllen, wenn Rente wegen Erwerbsminderung beantragt wird

Sollten Sie über aktuelle ärztliche Unterlagen / Krankenhausberichte verfügen, so legen Sie diese bitte in Kopie bei.

1	Está atualmente doente e não pode trabalhar?	☐ não nein ☐ sim ja	Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig krank?
	Em caso afirmativo, desde quando?	Dia Tag Mês Monat Ano Jahr	Falls ja, seit wann?
2	Desde quando se estima estar em situação de invalidez?	Dia Tag Mês Monat Ano Jahr	Seit wann halten Sie sich für erwerbsgemindert?
3	Desde então, recebeu rendimentos provenientes de - Trabalho dependente (incluindo subsídios de aposentadoria antecipada pagos pelo empregador) Rendimentos mensais brutos (Anexar certificado comprovante do empregador.) - Atividade profissional autônoma (atividade comercial, trabalho autônomo, atividade na agricultura, silvicultura etc.) Lucro mensal previsto de incidência fiscal (Anexar a última declaração fiscal ou certificado comprovante do consultor fiscal.)	☐ não nein ☐ sim ja ☐ não nein ☐ sim ja	Haben Sie ab diesem Zeitpunkt Erwerbseinkommen bezogen aus - abhängiger Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgeld vom Arbeitgeber) monatliche Bruttoeinkünfte (Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers beifügen.) - selbständiger Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit; Land- und Forstwirtschaft) voraussichtlicher monatlicher steuerrechtlicher Gewinn (Bitte letzte Steuerklärung oder Bescheinigung des Steuerberaters beifügen.)
4	Desde então, recebeu rendimentos substitutivos tais como: - prestações em virtude de incapacidade por motivo de doença, acidente, doença ocupacional, etc.? Tipo de Benefício Período de Recebimento Montante de rendimento mensal bruto que serviu como base de cálculo para estas prestações - Fórmulas de cálculo (Anexar comprovantes.) - Subsídio de desemprego ou de trabalho por tempo limitado; compensação por cancelamento de trabalho por motivos meteorológicos - Salário-maternidade Tipo de Benefício Período de Recebimento Montante de rendimento mensal bruto que serviu como base de cálculo para estas prestações - Fórmulas de cálculo (Anexar comprovantes.)	☐ não nein ☐ sim ja desde / vom até / bis ☐ não nein ☐ sim ja ☐ não nein ☐ sim ja desde / vom até / bis	Haben Sie ab diesem Zeitpunkt kurzfristiges Erwerbsersatz-einkommen bezogen aus - gesetzlicher Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Unfalls, Berufskrankheit usw.? Art der Leistung Bezugszeitraum Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens, das der gesetzlichen Leistung zugrunde lag - Bemessungsgrundlage (Bitte Nachweis beifügen.) - gesetzlicher Leistung wegen Arbeitslosigkeit, Kurzarbeitergeld, witterungsbedingten Arbeitsausfalls - gesetzlicher Leistung wegen Mutterschaft Art der Leistung Bezugszeitraum Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens, das der gesetzlichen Leistung zugrunde lag - Bemessungsgrundlage (Bitte Nachweis beifügen.)
5	Quais os problemas de saúde que estima serem os causadores da sua invalidez? (Anexar os atestados médicos e a documentação correspondente.)		Wegen welcher Gesundheitsstörungen halten Sie sich für erwerbsgemindert? (Bitte fügen Sie Ihre ärztlichen Befunde und Unterlagen bei.)

6	Segundo a sua opinião, quais os trabalhos que ainda pode realizar?		Welche Arbeiten können Sie nach Ihrer Auffassung noch verrichten?	
	Qual a carga de trabalho possível?	horas diáriamente / Stunden täglich	In welchem Umfang?	
7	Finalizou com êxito uma formação, reabilitação profissional ou outras medidas de qualificação	☐ não nein	☐ sim ja	Haben Sie erfolgreich eine Berufsausbildung, Umschulung, weitere Qualifizierung absolviert
	ou de formação pontual?	☐ não nein	☐ sim ja	oder bestand ein Anlernverhältnis?
	Início e Fim	desde / vom	até / bis	Beginn und Ende
	Profissão em que se formou ou se qualificou (Anexar certificados.)			erlernter oder angelernter Beruf (Bitte Nachweis beifügen.)
8	O seu problema de saúde foi causado por uma doença ocupacional, um acidente ou por terceira pessoa?	☐ não nein	☐ sim ja	Ist die Gesundheitsstörung durch eine Berufskrankheit, einen Unfall oder eine andere Person verursacht worden?
	Em caso afirmativo , indicar:			Falls ja , bitte angeben:
	- a causa			- die Ursache
	- a data do acidente	Dia Tag Mês Monat Ano Jahr		- der Tag des Unfalls
	Em caso do acidente ter sido causado por terceira pessoa:			Falls der Unfall durch eine andere Person verursacht wurde, bitte Name und Anschrift des Schädigers angeben.
	Nome e Endereço do causador da lesão.			
	Ingressou com pedido de indenização?	☐ não nein	☐ sim ja	Wurden Schadensersatzansprüche geltend gemacht?
	Em caso afirmativo , contra quem? (Indicar nome e endereço.)			Falls ja , gegen wen? (Bitte Name und Anschrift angeben.)
9	Encontrou-se recentemente em tratamento médico ambulatorial ou foi submetido, nos últimos anos, a exames médicos? (Anexar a respectiva documentação médica)	☐ não nein	☐ sim ja	Waren Sie in der letzten Zeit in ambulanter ärztlicher Behandlung oder wurden in den letzten Jahren ärztliche Untersuchungen veranlasst? (Bitte fügen Sie ärztliche Unterlagen bei.)
	Em caso afirmativo , indicar:			Falls ja , bitte angeben:
	- Nome e Endereço do Médico			- Name und Anschrift des Arztes
	- Tipo de Enfermidade			- Art der Leiden
	- Início e Fim do Tratamento	desde / vom	até / bis	- Beginn und Ende der Behandlung
10	Encontrou-se nos últimos anos em internação hospitalar? (Anexar a respectiva documentação médica)	☐ não nein	☐ sim ja	Waren Sie in den letzten Jahren in stationärer Krankenhausbehandlung? (Bitte fügen Sie ärztliche Unterlagen bei.)
	Em caso afirmativo , indicar:			Falls ja , bitte angeben:
	- Nome e Endereço do Hospital			- Name und Anschrift des Krankenhauses
	- Tipo de Enfermidade			- Art der Leiden
	- Início e Fim do Tratamento	desde / vom	até / bis	- Beginn und Ende der Behandlung



1 ANEXO / ANLAGE

Requerimento de Aposentadoria

relativa ao seguro de aposentadoria dos agricultores (AdL)

Por favor, preencha este ANEXO apenas se recolheu, na qualidade de agricultor autônomo ou de cônjuge de agricultor autônomo, contribuições na Alemanha para uma caixa de aposentadorias para agricultores.

Antrag auf Versichertenrente

aus der Alterssicherung der Landwirte (AdL)

Bitte diese ANLAGE nur ausfüllen, wenn Sie als selbständiger Landwirt oder als Ehegatte eines selbständigen Landwirts in Deutschland Beiträge zu einer landwirtschaftlichen Alterskasse (LAK) gezahlt haben.

A Dados Pessoais

Angaben zur Person

1	Número de Identificação	2 2 1 /	Identifikationsnummer
2	Dados sobre o Cônjuge do Requerente		Angaben zum Ehegatten des Antragstellers
3	Sobrenomes		Name
4	Prenomes		Vornamen
5	Data de Nascimento		Geburtsdatum
6	Lugar de Nascimento		Geburtsort
7	Nacionalidade		Staatsangehörigkeit
8	Em caso dado, data de óbito		ggf. Sterbedatum

B Dados sobre o Pagamento de Contribuições

Angaben zur Beitragszahlung

1	O requerente ou seu cônjuge recolheram contribuições para uma caixa de aposentadorias para agricultores (LAK)?	Requerente / Antragsteller ☐ não ☐ ja, und zwar zur:	Haben Sie oder Ihr Ehegatte Beiträge zu einer landwirtschaftlichen Alterskasse (LAK) gezahlt?
	Nome da LAK		Name der LAK
	Número de Referência		Aktenzeichen
	Cônjuge / Ehegatte ☐ não ☐ ja, und zwar zur:		Name der LAK
	Nome da LAK		Aktenzeichen
	Número de Referência		
2	O requerente ou seu cônjuge exerceram atividade autônoma como agricultor fora da Alemanha?	Requerente / Antragsteller ☐ não ☐ ja, und zwar in:	Haben Sie oder Ihr Ehegatte eine Tätigkeit als selbständiger Landwirt außerhalb Deutschlands ausgeübt?
	País		Land
	Cônjuge / Ehegatte ☐ não ☐ ja, und zwar in:		
	País		Land

C Pagamento da Prestação**Auszahlung der Leistung**

1	Em qual conta bancária deverá ser efetuada a transferência? (A prestação da AdL não poderá ser paga por cheque.)	Nome e Endereço da Instituição Bancária / Name und Anschrift des Geldinstituts	Auf welches Konto soll die Überweisung erfolgen? (Die Leistung der AdL kann nicht durch Scheckzahlung erfolgen.)
2	Código Bancário		Bankleitzahl des Geldinstituts
3	Número de Conta		Kontonummer
4	Titular da Conta, caso não seja o Requerente		Kontoinhaber, wenn nicht mit Antragsteller identisch
5	SWIFT Bank Identifier Code - BIC		SWIFT Bank Identifier Code - BIC
6	International Bank Account Number - IBAN		International Bank Account Number - IBAN

D Assinatura**Unterschrift**

1	Assinatura do Requerente	Unterschrift des Antragstellers
2	Assinatura do Cônjuge	Unterschrift des Ehegatten