

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

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PENSÃO POR MORTE
APPLICATION FORM FOR BRAZILIAN SURVIVOR'S PENSION

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER APRESENTADO À INSTITUIÇÃO COMPETENTE NO CANADÁ OU NO BRASIL /
THIS FORM MUST BE SUBMITTED TO THE COMPETENT INSTITUTION IN CANADA 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 DESTINATARIA / ADDRESSEE INSTITUTION
<p>Denominação / Name:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Se estiver no Canadá / If you are in Canada International Operations Service Canada Ottawa ON K1A 0L4 Canada</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Se estiver no Brasil / If you are in Brazil Agência da Previdência Social Atendimento Acordos Internacionais Brasília Endereço: SAUS Quadra 04, Bloco K, Sala 501, Brasília - Distrito Federal - Brasil CEP: 70.070-927</p> </div> </div>	

AS SEÇÕES DE 2-10 DEVEM SER PREENCHIDAS PELO REQUERENTE / THE SECTIONS 2-10 MUST BE COMPLETED BY THE APPLICANT

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 / CERTIFICATE PRESENTED THAT PROVES THE MARITAL STATUS						
Solteiro / Single <input type="checkbox"/>	Casado / Married <input type="checkbox"/>	União Estável / Common-law <input type="checkbox"/>	Viúvo / Widow <input type="checkbox"/>	Divorciado / Divorced <input type="checkbox"/>	Separado / Separated <input type="checkbox"/>	
Documento brasileiro / Brazilian document	Cartório Notarization Office /	Livro / Book	Folha / Sheet	Data de Expedição / Date of issue (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy) <hr/> / <hr/> / <hr/>	Número do Documento. / Document Number	
Documento Canadense / Canadian document	Nome do departamento de expedição / Name of the issuing Institution			Data de expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy) <hr/> / <hr/> / <hr/>		
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO/ IDENTIFICATION DOCUMENT						
<input type="checkbox"/>	Número do Documento de Identificação Brasileiro / Brazilian Identification Document Number <hr/>			Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy) <hr/> / <hr/> / <hr/>		
<input type="checkbox"/>	Número do Documento de Identificação Canadense / Canadian Identification Document Number <hr/>					
<input type="checkbox"/>	Outro País / Other Country _____					
Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil / Brazilian Individual Taxpayer Registration: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>						
Número de Identificação do Trabalhador- NIT no Brasil / Brazilian Worker's Identification Number – NIT: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>						
Número do Seguro Social Canadense / Canadian Social Insurance Number (SIN): <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>						
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): <hr/> / <hr/> / <hr/>						
Data de saída do Brasil (dd/mm/aaaa) / Date of departure from Brazil (dd/mm/yyyy): <hr/> / <hr/> / <hr/>						

OBS.: QUANDO A SOLICITAÇÃO FOR DE DEPENDENTE INVÁLIDO MAIOR DE 18 (DEZOITO) ANOS, DEVERÁ SER ANEXADO O FORMULÁRIO BRA-CAN 09 (RELATÓRIO MÉDICO) / FORM BRA-CAN 09 (MEDICAL REPORT) MUST BE ATTACHED TO APPLICATIONS FOR DISABLED DEPENDENTS OVER THE AGE OF 18 YEARS.

3 DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES NO BRASIL, CANADÁ E OUTROS PAÍSES / INSURED PERSON'S WORK HISTORY IN BRAZIL, CANADA 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 / Corporate Taxpayer Registry-CNPJ	País / Country	Atividade e o regime de Previdência a que estava coberto / Activity and the Social Security Regime that was covered	Desde / From (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)	Até / To (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)	Observações / Observations
				/ / / /	/ / / /	
				/ / / /	/ / / /	
				/ / / /	/ / / /	
				/ / / /	/ / / /	
				/ / / /	/ / / /	
				/ / / /	/ / / /	

4 DADOS RELATIVOS AO REQUERENTE DE PENSÃO POR MORTE / APPLICANT DETAILS REQUIRED FOR A SURVIVOR'S PENSION		
Nome do segurado / Insured's 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"/>	União Estável / Common-law	<input type="checkbox"/>	Viúvo / Widow	<input type="checkbox"/>	Divorciado / Divorced	<input type="checkbox"/>	Separado / Separated	<input type="checkbox"/>
Documento brasileiro / Brazilian document	Cartório / Notarization Office		Livro / Book		Folha / Sheet		Data de Expedição / Issuance date (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)		Nº do Documento. /Document No		
Documento Canadense / Canadian document							____ / ____ / ____				
Nome do departamento de expedição / Name of the issuing Instituition							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 Canadense / Canadian Identification Document Number					____ / ____ / ____					
<input type="checkbox"/>	Outro País/Other Country _____										
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"/>											
Número do Seguro Social Canadense / Canadian Social Insurance Number (SIN)											
<input type="text"/>											
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): ____ / ____ / ____											

5 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				
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PROCURADOR/IDENTIFICATION DOCUMENT OF LEGAL REPRESENTATIVE				
<input type="checkbox"/> Número do Documento de Identificação Brasileiro / Brazilian Identification Document Number <input type="checkbox"/> Número do Documento de Identificação Canadense / Canadian Identification Document Number <input type="checkbox"/> Outro País / Other Country _____	Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy) _____ / _____ / _____			
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	
Rua / Street Bairro / Neighbourhood (if applicable) Logradouro / Sidewalk (if applicable)			Número / Number	
Apt., Villa. / Apt Number, Village:		Telefone / Telephone number		
E-mail:				
6 INFORMAÇÕES SOBRE O ÓBITO / INFORMATION ABOUT THE DEATH				
DADOS DO ÓBITO / DEATH DETAILS				
Data do óbito (dd/mm/aaaa) / Date of death (dd/mm/yyyy) _____ / _____ / _____		Lugar do óbito / Place of Death		
Documento brasileiro / Brazilian document	Nº da Certidão de Óbito / Death certificate number	Cartório / Notarization Office	Livro / Book	Folha / Sheet
Documento Canadense / Canadian document		Nome do Documento / Document name		Órgão Emissor / Issuing Agency
				Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy) _____ / _____ / _____

CAUSA DO ÓBITO / CAUSE OF DEATH							
Doença Comum / Common Disease	<input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho / On-the-job Accident	<input type="checkbox"/>	Doença Profissional / Occupational Disease	<input type="checkbox"/>	Acidente de Qualquer Natureza / Accident of Any Kind	<input type="checkbox"/>
Era Titular de um Beneficio brasileiro? / Was the deceased entitled to a Brazilian benefit?							
SIM / YES		<input type="checkbox"/>	NÃO / NO		<input type="checkbox"/>		
Havia Solicitado um Beneficio brasileiro? / Did the deceased apply for a benefit in Brazil?							
SIM / YES		<input type="checkbox"/>	NÃO / NO		<input type="checkbox"/>		
Número do Beneficio brasileiro / Brazilian benefit number:							

7 DADOS RELATIVOS AOS FAMILIARES E ASSEMELHADOS (DEPENDENTES) DO SEGUROADO / DETAILS REGARDING THE INSURED PERSON'S FAMILY MEMBERS						
Nome e sobrenome / First name and last name	Data de Nascimento (dd/mm/aaaa) / Date of birth (dd/mm/yyyy)	Documento de Identificação / Identification Document Tipo de documento no campo 1, número do documento no campo 2 e País Emissor no campo 3./ Document Type in field 1, document number in the field 2 and Issuing Country Field 3	Dependência Econômica / Economic dependence Sim /Yes ou / or Não / No	Tipo de Parentesco / Type of Relationship to the insured	Incapacitado / Disabled Sim / Yes ou / or Não / No *	
		1				
		2				
		3				
		1				
		2				
		3				
		1				
		2				
		3				
		1				
		2				
		3				
		1				
		2				
		3				
		1				
		2				
		3				
		1				
		2				
		3				

8	DADOS BANCÁRIOS / BANKING DETAILS		Brasil / Brazil <input type="checkbox"/>	Canadá / Canada <input type="checkbox"/>
Nome do titular / Holder's name				
Nome do Banco / Bank's name				
Número e nome da Agência Bancária / Branch's name and code				
Endereço do Banco / Bank's address				
Código bancário BIC/SWIFT / Bank identification Code (BIC/SWIFT)				
Número da Conta Bancária – / Account Number -				

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

10 TERMO DE RESPONSABILIDADE / TERM OF RESPONSIBILITY

Pelo presente Termo de Responsabilidade declaro estar ciente de que a ocorrência de óbito ou emancipação de dependentes deverá ser comunicada ao INSS no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data em que o mesmo ocorrer, mediante apresentação da respectiva certidão. A falta do cumprimento do compromisso ora assumido ou de qualquer declaração falsa, além de obrigar a devolução de importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-se-á às penalidades previstas no art. 171 e 299 do Código Penal.

I hereby sign this Disclaimer and declare to be aware that the occurrence of death or emancipation of dependents must be reported to the INSS within 30 (thirty) days, from the date on which it occurs, by means of a death certificate or supporting document. Non-compliance to this or any false statement made, in addition to forcing the return of undue payment, if applicable, will subject me to the penalties provided for in art. 171 and 299 of the Penal Code.

Local / Place: _____

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

Assinatura do requerente / Applicant signature

A CARGO DA INSTITUIÇÃO COMPETENTE / TO BE COMPLETED BY THE COMPETENT INSTITUTION

11 INSTITUIÇÃO COMPETENTE / COMPETENT INSTITUTION

A exatidão dos dados pessoais indicados neste formulário foi verificada.
 The accuracy of personal data in this form has been verified.

Relatório médico BRA-CAN 09 em anexo.
 Medical report BRA-CAN 09 attached.

Outras informações / Other information

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

Carimbo / Stamp

Assinatura / Signature