

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

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

**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)
---

<b>1</b>	<b>INSTITUIÇÃO DESTINATARIA / ADDRESSEE INSTITUTION</b>
<p>Denominação / Name</p> <p><b>Se estiver no Canadá / If you are in Canada</b>  International Operations  Service Canada  Ottawa ON K1A 0L4  CANADA</p> <p><b>Se estiver no Brasil / If you are in Brazil</b>  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>	

**AS SEÇÕES DE 2-7 DEVEM SER PREENCHIDAS PELO SEGURADO / THE SECTIONS 2-7 MUST BE COMPLETED BY THE INSURED PERSON**

<b>2</b>	<b>DADOS RELATIVOS AO SEGURADO / INSURED PERSON'S DETAILS</b>		
<b>Nome do segurado / Insured's name</b> Primeiro nome / First name		Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last name
<b>Nome da mãe / Mother's name</b> Primeiro nome / First name		Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last name
<b>Nome do pai / Father's name</b> Primeiro nome / First name		Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last name
<b>DADOS DO NASCIMENTO / BIRTH DATA</b>			
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 / DOCUMENT 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 / Date of issue (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)		Número do Documento. /Document Number		
Documento Canadense / Canadian document				Nome do departamento de expedição / Name of the issuing Institution			Data de expedição / Date of Issue (dd/mm/aaaa) (dd/mm/yyyy)				
<b>DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO / IDENTIFICATION DOCUMENT</b>											
<input type="checkbox"/>	Número do Documento de Identificação Brasileiro / Brazilian Identification Document Number ou/or  _____										
<input type="checkbox"/>	Número do Documento de Identificação Canadense / Canadian Identification Document Number  _____				Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy)  _____ / _____ / _____						
<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 Canadense / Canadian Social Insurance Number (SIN):  ____   ____   ____   ____   ____   ____   ____											
<b>DADOS RESIDENCIAIS / HOME ADDRESS</b>											
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											

**OBS.: DEVERÁ SER ANEXADO O FORMULÁRIO RELATÓRIO MÉDICO BRA-CAN 09 / MEDICAL REPORT BRA-CAN 09  
MUST BE ATTACHED**

3	<b>DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES NO BRASIL, CANADÁ E OUTROS PAÍSES / INSURED PERSON'S WORK HISTORY IN BRAZIL, CANADA AND OTHER COUNTRIES</b>						
	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	<b>DADOS RELATIVOS AO PROCURADOR OU REPRESENTANTE LEGAL (se for o caso) / LEGAL REPRESENTATIVE DETAIL (if applicable) / ANEXAR DOCUMENTO COMPROBATÓRIO / ATTACH SUPPORTING DOCUMENTATION EVIDENCE</b>					
Nome e sobrenome / Name and Last name						
<b>DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PROCURADOR/IDENTIFICATION DOCUMENT OF LEGAL REPRESENTATIVE</b>						
<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
Número de Identificação do Trabalhador- NIT no Brasil / Brazilian Worker's Identification Number – NIT:  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
<b>DADOS RESIDENCIAIS / HOME ADDRESS</b>						
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:						

<b>5</b>	<b>DADOS BANCÁRIOS / BANKING DETAILS</b>		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				

<b>6</b>	<b>DECLARAÇÃO DO REQUERENTE / APPLICANT STATEMENT</b>
<p>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 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>	

<b>7</b>	<b>TERMO DE RESPONSABILIDADE / TERM OF RESPONSIBILITY</b>
----------	---

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

<b>8</b>	<b>INSTITUIÇÃO COMPETENTE / COMPETENT INSTITUTION</b>
----------	---

- 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