

Demande de pension de vieillesse à instruire par les institutions françaises

Requerimento de aposentadoria por idade a instruir pelas instituições francesas

Articles 15, 16, 18 et 19 de l'Accord, Art. 8 et 9 de l'accord d'application
Artigos 15, 16, 18 e 19 do Acordo, Art. 8º e 9º do Acordo de aplicação

Ce formulaire est complété par le demandeur de pension et remis à l'institution brésilienne. Celle-ci établit le formulaire de liaison BRA-FR 04/SE416-04 attestant de la date de dépôt de la demande, de l'Etat civil du demandeur. Il est accompagné des formulaires BRA-FR 05/SE416-05 (Formulaire de validation des périodes d'assurance au Brésil) et SE 416-17 (renseignements concernant la carrière de l'assuré). S'il s'agit d'une demande au titre de l'inaptitude au travail, il conviendra de joindre également le formulaire SE 416-08/BRA-FR 08 (rapport médical).

Este formulário deverá ser preenchido pelo requerente da aposentadoria e encaminhado à instituição brasileira. Esta emite o formulário de ligação BRA-FR 04/SE416-04 certificando a data de apresentação do requerimento e a identificação do requerente. É acompanhado dos formulários BRA-FR 05/SE416-05 (Formulário de validação de períodos de seguro no Brasil) e SE 416-17 (Informações relativas à vida laboral do segurado). Se for um requerimento de aposentadoria por invalidez para o trabalho, deverá anexar também o formulário SE 416-08/BRA-FR 08 (relatório médico).

1. PRESTATION DEMANDÉE / PRESTAÇÃO SOLICITADA

- 1.1. Date de dépôt de la demande / *Data da solicitação*: _____
- 1.2. Date postérieure éventuellement fixée par le demandeur pour l'entrée en jouissance de la pension de vieillesse.
Data posterior eventualmente fixada pelo requerente para atribuição da aposentadoria por idade: _____
- 1.3. Le demandeur a demandé l'ajournement de sa pension brésilienne
O requerente pediu o adiamento da sua aposentadoria brasileira oui / *sim* non / *não*

2. INFORMATIONS CONCERNANT LE DEMANDEUR / INFORMAÇÕES RELATIVAS AO REQUERENTE

- 2.1. Nom de famille (nom de naissance) / *Sobrenome (de nascimento)* : _____
Prénom / *Nome* : _____
- 2.2. Nom d'usage / *Sobrenome atual* : _____
- 2.3. Date de naissance / *Data de nascimento* : _____
Lieu de naissance / *Local de nascimento* : _____
Pays/Province ou département/ville
País/Estado ou município/cidade : _____
- 2.4. Sexe / *Sexo* : Masculin / *Masculino* Féminin / *Feminino*
Nationalité / *Nacionalidade* : _____

2.5. Situation de famille / *Estado Civil* :

- Célibataire / *Solteiro(a)*
 Marié(e) / *Casado(a)*
 Partenaire lié par un pacs (depuis le)
Parceiro vinculado por um pacs (Contrato de convivência) (desde _____)
 Veuf(ve) / *Viúvo(a)* (depuis le/desde _____)
 Divorcé(e) / *Divorciado(a)* (depuis le/desde _____)
 Séparé(e) / *Separado(a)* (depuis le/desde _____)
 en concubinage (depuis le) / *União estável* (desde _____)

2.6. Nom et prénoms du père / *Sobrenome e nome do pai* : _____

2.7. Nom et prénoms de la mère / *Sobrenome e nome da mãe* : _____

2.8. Adresse à la date de la demande / *Endereço na data de apresentação do requerimento* : _____

2.9. Téléphone et courriel / *Telefone e correio eletrônico* : _____

2.10. Numéro d'identification français (NIR et/ou autre n° d'identification)
Número de identificação francês (NIR e/ou outro n° de identificação) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.11. Registre National des Personnes Physiques-CPF au Brésil / *Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil* :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.11. Numéro d'Identification du travailleur – NIT au Brésil / *Número de Identificação do Trabalhador - NIT no Brasil* :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA DEMANDE DE PENSION
DADOS COMPLEMENTARES SOBRE O REQUERIMENTO DE APOSENTADORIA

3.1. Faites-vous votre demande à l'un des titres énoncés ci-dessous

V. *Exa apresenta seu requerimento a um dos títulos abaixo indicados*

- Inaptitude au travail (si oui, joindre un rapport médical)
É considerado/a inválido/a para o trabalho (na afirmativa, anexar o relatório médico)
 oui/sim non/não
- Travailleur handicapé / *É trabalhador com deficiência*
 oui/sim non/não
- Ancien(e) combattant(e) ou dans une situation similaire
É antigo/a combatente ou em situação similar
 oui/sim non/não
- Mère de trois enfants ou plus, ayant exercé un travail manuel ouvrier pénible pendant 5 ans au cours des 15 dernières années
É mãe de três filhos ou mais e exerceu uma atividade manual pesada como operária durante 5 anos, no decurso dos últimos 15 anos

oui/sim non/não

- Carrière longue / *Longa vida profissional*

oui/sim non/não

4. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT SI VOUS ÊTES MARIÉ(E) *INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CÔNJUGE SE O REQUERENTE FOR CASADO(A)*

4.1. Nom de famille (nom de naissance) / *Sobrenome (de nascimento)* : _____

4.2. Nom d'usage (s'il y a lieu) / *Sobrenome atual (se for o caso)* : _____

4.3. Prénom / *Nome* : _____

4.4. Date de naissance / *Data de nascimento* : _____

Lieu de naissance / *Local de nascimento* : _____

4.5. Sexe / *Sexo* :

Masculin / *Masculino*

Féminin / *Feminino*

Nationalité / *Nacionalidade* : _____

4.6. Nom et prénoms du père / *Sobrenome e nome do pai* : _____

4.7. Nom et prénoms de la mère / *Sobrenome e nome da mãe* : _____

4.8. Adresse à la date de la demande / *Endereço na data de apresentação do requerimento* :

4.9. Téléphone et courriel / *Telefone e Correio eletrônico* :

4.10. Numéro d'identification français (NIR et/ou autre n° d'identification)
Número de identificação francês (NIR e/ou outro n° de identificação) :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

4.11. Registre National des Personnes Physiques-CPF au Brésil
Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

4.12. Numéro d'Identification du travailleur – NIT au Brésil
Número de Identificação do Trabalhador - NIT no Brasil:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**5. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS (majorations pour enfants)
 INFORMAÇÕES RELATIVAS ÀS CRIANÇAS (majorações por filhos)**

5.1. Vos enfants et ceux que vous avez élevés / Os seus filhos e todas as crianças que criou

Mentionnez tous les enfants : les vôtres, ceux de votre conjoint ou de votre (vos) précédent(s) conjoint(s), les enfants recueillis, adoptés y compris les enfants morts nés ou décédés.

Relacionar todas as crianças : seus filhos, os enteados ou ex-enteados, os acolhidos, os adotados incluindo os natimortos ou falecidos.

				Période pendant laquelle vous avez élevé l'enfant Período durante o qual criou o dependente	
Nom de famille et prénoms <i>Sobrenome e nomes</i>	Lien de parenté <i>Parentesco</i>	Date de Naissance <i>Data de nascimento</i>	Date de décès (le cas échéant) <i>Data do óbito (se for o caso)</i>	Date de naissance ou adoption ou prise en charge <i>Data de nascimento ou de adoção, ou em que começou a ter a criança a seu cargo</i>	Date de fin de prise en charge et au plus tard Date du 16 ^e anniversaire <i>Data em que deixou de ter a criança a seu cargo ou em que esta completou os 16 anos de idade</i>
				du/de	au/a
				du/de	au/a
				du/de	au/a
				du/de	au/a

**5.2. Vous avez eu à votre charge un ou plusieurs enfants gravement handicapés
 Teve a seu cargo um ou mais filhos com deficiências graves**

- Vous élevez ou avez élevé un ou plusieurs enfants atteints d'une incapacité d'au moins 80% donnant droit à l'une des allocations suivantes
Tem atualmente a seu cargo ou criou um ou mais filhos portador/es de pelo menos 80 % de incapacidade, abrindo direito a uma das prestações seguintes :
 - l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et son complément/*prestação de educação da criança portadora de deficiência e bonificação,*
 - l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et la prestation de compensation du handicap/*prestação de educação de criança portadora de deficiência e subsídio por compensação da deficiência,*
 - l'allocation d'éducation spéciale et son complément/*prestação de educação especial e bonificação,*
 - l'allocation spéciale aux mineurs grands infirmes, l'allocation d'éducation spécialisée des mineurs infirmes/*prestação especial aos menores portadores de deficiência grave, prestação especial aos menores portadores de deficiência,*
 - l'allocation des mineurs handicapés/*prestação dos menores inválidos*

oui/sim non/não

Si oui, précisez l'allocation dont il s'agit
 Na afirmativa, indique qual a prestação: _____

- Percevez vous ou avez-vous perçu personnellement cette allocation ? sim oui non
Recebe ou recebeu pessoalmente a dita prestação ?

J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des présentes déclarations et je m'engage à faciliter toute enquête faite pour les vérifier.
Declaro sob compromisso de honra que as informações aqui prestadas são verdadeiras e comprometo-me a facilitar qualquer inquérito destinado a verificar a sua veracidade ⁽¹⁾

Fait à/Em _____ le/a _____

Signature/Assinatura ⁽²⁾

**A REMPLIR PAR L'INSTITUTION BRÉSILIENNE
A PREENCHER PELA INSTITUIÇÃO BRASILEIRA**

L'institution brésilienne atteste qu'elle a reçu la présente demande le :

A instituição brasileira certifica ter recebido o presente requerimento na data de: _____

Cachet/Carimbo

Date et signature/Data e assinatura

Instructions/Instruções

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de cinq pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.

O formulário deve ser preenchido com letra de forma. É composto de cinco páginas; nenhuma delas pode ser suprimida, mesmo que não contenha qualquer indicação útil.

NOTES/NOTAS

⁽¹⁾ La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration en vue d'obtenir ou tenter d'obtenir des avantages indus (art. 313-2 5°, 441-1, 441-6 et 441-7 du Code pénal)
Qualquer fraude ou falsa declaração será passível de multa e/ou prisão (artigos 313-2 5°, 441-1, 441-6 e 441-7 do Código penal).

⁽²⁾ Après avoir rempli et signé votre demande vous devez la faire parvenir avec toutes pièces justificatives d'état civil, vous concernant ainsi que le conjoint et les enfants, et les données bancaires (joindre un RIB avec codes IBAN et BIC/SWIFT) à : / *Depois de preenchido e assinado este requerimento deve ser encaminhado, anexando os comprovantes do estado civil do requerente, do cônjuge e dos filhos, e dados bancários (anexar o NIB com a indicação dos códigos IBAN e BIC/SWIFT/), à:*

Agência da Previdência Social Atendimento Acordos Internacionais Rio de Janeiro (APSAIRJ)
Rua Pedro Lessa nº 36, 5º andar, sala 519, Centro – CEP: 20.030-030 – Rio de Janeiro/RJ - Brasil