

**PROTOCOLLO AGGIUNTIVO ALL'ACCORDO DI EMIGRAZIONE ITALIA-BRASILE
PROTOCOLO ADICIONAL AO ACORDO DE MIGRAÇÃO ITÁLIA-BRASIL**

- * Formulário da usare per le domande presentate in ITALIA/BRASILE
- * Formulário a ser usado para os pedidos apresentados na ITÁLIA/BRASIL

DOMANDA DI PRESTAZIONE

PEDIDO DE PRESTAÇÃO

**AVVERTENZE PER LA COMPILAZIONE
ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO**

Si prega di scrivere in stampatello o, comunque, in modo leggibile

DOMANDA DI PENSIONE
PEDIDO DE APOSENTADORIA/PENSÃO

(2)

DI VECCHIAIA
POR IDADE

CONTRASSEGNARE COM X LA PREST. RICHIESTA

DI INVALIDITÀ
POR INVALIDEZ

MARCAR COM X O BENEFÍCIO REQUERIDO

DI ANZIANITÀ
POR ANC. DE SERVIÇO

AI SUPERSTITI
POR MORTE

PRESENTATA DA APRESENTADO POR	COGNOMI(*) E NOME DEL... RICHIEDENTE / SOBRENOME E NOME DO(A) REQUERENTE
----------------------------------	--

NAZIONALITÀ _____ SESSO _____

NACIONALIDADE _____ SEXO _____

STADO CIVILE _____

ESTADO CIVIL CELIBE, NUBILE, CONJUGATO/A, VEDOVO/A, DIVORZIATO/A, SEPARATO/A
SOLTEIRO(A), CASADO(A), VIÚVO(A), DIVORCIADO(A)(**), DESQUITADO(A)

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

LOCAL E DATA DE NASCIMENTO

LUOGO E DATA DEL MATRIMONIO _____

LOCAL E DATA DE CASAMENTO

INDIRIZZO COMPLETO - PLAZZA CAIROLI

ENDEREÇO COMPLETO - VIA, NUMERO, PIANO, INTERNO - RUA, NÚMERO, ANDAR, APARTAMENTO

LOCALITÀ, PROVINCIA, STATO - CIDADE, ESTADO, APARTAMENTO

(DA COMPILARE NEL CASO DI PENSIONE AI SUPERSTITI)

(A SER PREENCIDO NO CASO DE PENSÃO PARA OS BENEFICIÁRIOS)

COGNOMI(*) E NOME _____

SOBRENO(*) E NOME

NAZIONALITÀ _____ SESSO _____

NACIONALIDADE

SEXO

STADO CIVILE _____

ESTADO CIVIL CELIBE, NUBILE, CONJUGATO/A, DIVORZIATO/A, SEPARATA/A

SOLTEIRO(A), CASADO(A), VIÚVO(A), DIVORCIADO(A)(**), DESQUITADO(A)

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

LOCAL E DATA DE NASCIMENTO

NOME E COGNOMI DEI GENITORI _____

NOME DOS PAIS

LUOGO E DATA DEL DECESSO _____

LOCAL E DATA DO FALECIMENTO

STATO DI FAMIGLIA - DADOS DE PARENTESCO

COGNOME E NOME SOBRENOMES E NOME	RELAZIONE DI PARENTELA PARENTESCO	DATA DI NASCITA DATA DE NASCIMENTO	ANNOTAZIONI ANOTAÇÕES

**ALTRE NOTIZIE CONCERNENTI L'ASSICURAT...
OUTRAS INFORMAÇÕES CONCERNENTES AO SEGURADO(A)**

DATA DE CESSAZIONE DELL'ULTIMA OCCUPAZIONE IN BRASILE:
DATA DO TÉRMINO DA ÚLTIMA ATIVIDADE NO BRASIL:

IN QUALITÀ DI LAVORATORE DIPENDENTE _____
NA QUALIDADE DE TRABALHADOR ASSALARIADO

IN QUALITÀ DI LAVORATORE AUTONOMO _____
NA QUALIDADE DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

**PERIODI DI LAVORO IN BRASILE
PERÍODOS DE TRABALHO NO BRASIL**

DAL DESDE	AL ATÉ	DENOMINAZIONE E INDIRIZZO DELLA DITTA (NEL CASO DI LAVORO ALLE DIPENDENZE DI TERZI) DENIMINAÇÃO E ENDEREÇO DA FIRMA (NO CASO DE TRABALHO SOB A DEPENDÊNCIA DE TERCEIROS LOCALITÀ IN CUI IL LAVORO E ESTATO EFFETTUATO (NEL CASO DI LAVORO AUTONOMO). LOCAL ONDE DESENVOLVEU A ATIVIDADE (NO CASO DE TRABALHADOR AUTÔNOMO)	DENOMINAZIONE DELL'ORGANISMO BRASILIANO DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO DE PREVIDÊNCIA BRASILEIRO

DOCUMENTAZIONE DEL LAVORO IN BRASILE E PRESENTATA DAL. RICHIEDENTE A CORREDO DELLA DOMANDA:
DOCUMENTAÇÃO REFERENTE AO TRABALHO NO BRASIL, APRESENTADA PELO(A) REQUERENTE, EM ANEXO A PEDIDO:

ALTRE NOTIZIE CONCERNENTI L'ASSICURAT...
OUTRAS INFORMAÇÕES CONCERNENTES AO SEGURADO(A)

ULTIMA OCCUPAZIONE IN PRESSO TERZI _____
ÚLTIMA ATIVIDADE NA ITÁLIA COMO EMPREGADO

PRECISARE LA L'ATTIVITÀ LAVORATIVA ESERCITATA E LA LOCALITÀ IN CUI IL LAVORO È STATO
EFFETTUATO (COMUNE E PROVINCIA)
INDICAR O TIPO DE TRABALHO EXERCIDO E O LOCAL DO EMPREGO (CIDADE E PROVÍNCIA)

ULTIMA OCCUPAZIONE IN ITALIA IN QUALITÀ DI LAVORATORE AUTONOMO _____
ÚLTIMA ATIVIDADE NA ITÁLIA, NA QUALIDADE DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

PRECISARE LA RELATIVA QUALIFICA E INDICARE LA LOCALITÀ IN CUI IL LAVORO È STATO EFFETTUATO
(COMUNE E PROVINCIA)
INDICAR A RESPECTIVA QUALIFICAÇÃO E O LOCAL DA ATIVIDADE (CIDADE E ESTADO)

DATA DI CESSAZIONE ELL'ULTIMA OCCUPAZIONE IN ITALIA _____
DATA DE TÉRMINO DA ÚLTIMA ATIVIDADE NA ITÁLIA

IN QUALITÀ DI LAVORATORE DIPENDENTE _____
NA QUALIDADE DE EMPREGADO

IN QUALIÀ DI LAVORATORE AUTONOMO _____
NA QUALIDADE DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

NUMERO DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA O DELLA MATRICOLA ASSICURATIVA IN ITALIA (SE CONOSCIUTO)
NÚMERO DE INSCRIÇÃO NA PREVIDÊNCIA OU DA MATRÍCULA PREVIDENCIÁRIA NA ITÁLIA (SE CONHECIDO)

PERIODI DI LAVORO IN ITALIA
PERÍODOS DE TRABALHO NA ITÁLIA

DAL DESDE	AL ATÉ	ATTIVITA' LAVORATIVA ESERCITATA TIPO DE TRABALHO EXERCICIDO	LOCALITA' IN CUI IL LAVORO ESTATO EFFETTUATO (COMUNE E PROVINCIA) LOCAL DA ATIVIDADE (CIDADE E PROVÍNCIA)	DENOMINAZIONE E SEDE DELL' ORGANISMO ASSICUATORE DENOMINAÇÃO E SEDE DO ÓRGÃO DE PREVIDÊNCIA

N. R. - SE L' ASSICURATO HA PRESTATO SERVIZIO MILITARE, ALLEGARE IL FOGLIO MATRICOLARE PERL' EVENTUALE RICONOSCIMENTO.
 NOTA: NO CASO DO SEGURADO TER PRESTATO SERVIÇO MILITAR, ANEXAR O CORRESPONDENTE CERTIFICADO PARA EVENTUAL CONFERÊNCIA.

IL RICHIEDENTE _____ IN ITALIA DI: _____
 PRECISARE IL GENERE DI PRESTAZIONE
 ESPECIFICAR O TIPO DE BENEFÍCIO

O(A) REQUERENTE _____ NA ITÁLIA DE:

A CARICO DEL _____ DAL _____
 A CARGO DE DENOMINAZIONE DELL' ORGANISMO ASSICURATORE DESDE
 DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO DE PREVIDÊNCIA

E NELLA REPUBBLICA FEDERATIVA DEL BRASILE _____ DI

PRECISARE IL GENERE DI PRESTAZIONE
 ESPECIFICAR O TIPO DE BENEFÍCIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL _____ DE

A CARGO DI _____ DAL _____
 A CARGO DE DENOMINAZIONE DELL' ORGANISMO ASSICURATORE DESDE
 DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO DE PREVIDÊNCIA

 FIRMA DEL..... RICHIEDENTE ASSINATURA DO REQUERENTE

DA COMPILARE DA PARTE DELL' INPS/INSS (ITALIA/BRASILE) - A SER PREENCHIDO PELO INPS/INSS (ITÁLIA/BRASIL)

LA DOMANDA È PERVENUTA IL _____
 O PEDIDO FOI RECEBIDO EM _____

SI ATTESTA CHE I DATI ANAGRAFICI RIPOSTATI NEL PRESENTE FORMULARIO SONO STATI RILEVATI DAI DOCUMENTI ORIGINALI PRESENTATI DALL' INTERESSATO(A)
 ATESTA-SE QUE OS DADOS PESSOAIS CONSTANTES DO PRESENTE FORMULÁRIO FORAM RETIRADOS DOS DOCUMENTOS ORIGINALS APRESNTADOS PELO(A) INTERESSADO(A)

PER I' INPS/INSS (ITÁLIA/BRASILE)
 PELO INPS/INSS (ITÁLIA/BRASIL)

 LUOGO E DATA
 LOCAL E DATA