

Demande de **prestations pour invalidité**

Demande de prestations du Régime de rentes du Québec en vertu de l'entente de sécurité sociale entre le Québec et la République fédérative du Brésil

Requerimento de *prestações por invalidez*

Requerimento de prestações do Regime de Previdência do Québec em virtude do Acordo na Área de Previdência Social entre o Québec e a República Federativa do Brasil

Les prestations pour invalidité

Si vous avez moins de 65 ans, que vous avez suffisamment cotisé au Régime de rentes du Québec et que vous êtes invalide, vous pourriez avoir droit aux prestations pour invalidité de ce régime, c'est-à-dire :

- la rente d'invalidité;
- la rente d'enfant de personne invalide.

Retraite Québec peut vous déclarer invalide si votre condition médicale est **grave** et vous empêche d'exercer, à temps plein, tout genre d'emploi. De plus, cette condition médicale doit être **permanente**, c'est-à-dire qu'elle doit **durer indéfiniment** sans aucune amélioration possible.

Cependant, si vous avez de 60 à 65 ans et que votre état de santé ne vous permet plus de faire le travail habituel que vous avez quitté en raison de votre invalidité, vous pourriez également avoir droit à la rente d'invalidité. Vous devez toutefois démontrer un attachement récent au marché du travail, c'est-à-dire avoir cotisé au Régime pour au moins quatre des six dernières années de votre période de cotisation. La période de cotisation se termine l'année où nous reconnaissons une personne invalide.

Si vous êtes un bénéficiaire de moins de 65 ans de la rente de retraite du Régime et que cette rente ne peut plus être annulée pour recevoir la rente d'invalidité, vous pourriez recevoir un montant additionnel pour invalidité, si vous êtes incapable d'exercer, à temps plein, tout genre d'emploi. Vous devez cependant démontrer un attachement récent au marché du travail.

Important : Vous devez nous aviser si vous recommencez à travailler durant l'étude de votre demande de prestations pour invalidité.

La rente d'invalidité ou le montant additionnel pour invalidité

La rente d'invalidité ou le montant additionnel pour invalidité est :

- payable le quatrième mois suivant celui où nous reconnaissons une personne invalide. Ainsi, une personne reconnue invalide en janvier reçoit le premier versement de sa rente en mai. Le dernier versement est fait le mois du 65^e anniversaire. La rente d'invalidité est alors automatiquement remplacée par une rente de retraite;
- indexé en janvier de chaque année en fonction du coût de la vie;
- imposable.

La rente d'enfant de personne invalide

Si la rente d'invalidité est accordée, les enfants de la personne invalide pourraient avoir droit à une rente d'enfant de personne invalide jusqu'à l'âge de 18 ans à **condition d'en faire la demande**¹.

Sont admissibles à cette rente :

- les enfants biologiques ou adoptifs de la personne invalide;
ou
- les enfants qui résident depuis au moins un an avec la personne invalide, si elle leur tient lieu de père ou de mère.
Les enfants ne sont pas considérés comme ceux de la personne invalide lorsqu'ils sont placés chez elle en famille d'accueil et que cette personne reçoit des sommes à cette fin.

La rente d'enfant est payable en priorité à la personne invalide si celle-ci subvient aux besoins des enfants. Sinon, cette rente est versée à la personne qui a la charge des enfants. Notez que, peu importe à qui cette rente d'enfant est versée, celle-ci ne peut pas faire diminuer la rente d'invalidité.

La rente d'enfant de personne invalide est versée chaque mois. Elle prend fin aux 18 ans de l'enfant ou lorsque la rente d'invalidité cesse d'être versée. La personne qui reçoit la rente d'enfant doit nous aviser si elle cesse d'avoir la charge des enfants.

¹ Les enfants qui reçoivent déjà une rente d'orphelin ou d'enfant de personne invalide du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada ne peuvent pas en recevoir une deuxième. La rente d'enfant de personne invalide ne s'applique pas lorsque le bénéficiaire de la rente de retraite reçoit un montant additionnel pour invalidité.

Prestações por invalidez

Caso você tenha menos de 65 anos de idade e tenha contribuído o suficiente para o Regime de Previdência do Québec e, além do mais, seja inválido, você pode ter direito a prestações por invalidez desse regime, ou seja:

- pensão por invalidez;
- pensão para filho de pessoa inválida.

Retraite Québec pode declará-lo inválido, se seu estado de saúde é grave e impeça-o de exercer qualquer tipo de trabalho tempo integral. Além do mais, esse seu estado de saúde deve ser permanente, ou seja, com duração por tempo indeterminado e sem possibilidades de qualquer melhoria.

No entanto, se você tem entre 60 e 65 anos de idade e seu estado de saúde o impede de exercer o trabalho que costumava executar por motivos de invalidez, você também pode ter direito à pensão por invalidez. Você deve, porém, comprovar a existência de vínculo recente ao mercado de trabalho, ou seja, ter contribuído para o Regime durante pelo menos quarto (4) anos nos últimos seis (6) anos de seu período contributivo. O período contributivo termina no ano em que Retraite Québec declara uma pessoa inválida.

Se você tem menos de 65 anos de idade e é beneficiário da pensão de aposentadoria do Regime e caso essa pensão não possa ser cancelada para você passar a receber a pensão por invalidez, você pode receber um suplemento por invalidez, contanto que você seja incapaz de exercer qualquer tipo de trabalho tempo integral. Você deve, no entanto, comprovar vínculo recente ao mercado de trabalho.

Importante: Você deve avisar Retraite Québec, caso recomece a trabalhar durante o período de análise de seu requerimento de prestações por invalidez.

Pensão por invalidez ou suplemento por invalidez

A pensão por invalidez ou o suplemento por invalidez:

- *deve ser paga no quarto (4^o) mês subsequente ao mês em que Retraite Québec reconhece uma pessoa como inválida. Isso quer dizer que, a pessoa declarada inválida em janeiro recebe o primeiro pagamento da sua pensão em maio. O último pagamento é feito no mês em que a pessoa completa 65 anos de idade. A pensão de invalidez é, então, automaticamente substituída pela pensão de aposentadoria;*
- *é indexada em janeiro de cada ano com base no custo de vida;*
- *é tributável.*

Pensão para filho de pessoa inválida

*Quando a pensão por invalidez é concedida, os filhos da pessoa inválida podem ter direito à pensão para filho de pessoa inválida até completarem dezoito (18) anos de idade, e desde que tenham feito requerimento para esse tipo de pensão*¹.

São elegíveis a essa pensão:

- *os filhos biológicos ou adotivos da pessoa inválida;*
ou
- *os filhos que residem há pelo menos um (1) ano com a pessoa inválida, caso que ela exerça o papel de pai ou mãe dos mesmos.*

Não são considerados filhos da pessoa inválida aqueles que com ela residem a título de família de guarda provisória –, tarefa pela qual a pessoa inválida é remunerada.

A pensão para filho é paga de maneira prioritária à pessoa inválida, quando essa sustenta os filhos. Caso contrário, essa pensão é paga à pessoa que sustenta os filhos. É importante observar que, independentemente de quem essa pensão para filho é paga, essa não tem por efeito reduzir o valor da pensão por invalidez.

¹ Os filhos que já recebem pensão de órfão ou pensão para filho de pessoa inválida do Regime de Previdência do Québec ou do Regime Previdenciário do Canadá não estão autorizados a receber uma segunda pensão. A pensão para filho de pessoa inválida não se aplica quando o beneficiário da pensão de aposentadoria recebe suplemento por invalidez.

Prestations d'autres organismes

Pour établir l'invalidité, nous n'appliquons pas les mêmes critères que la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Les critères utilisés par les compagnies d'assurance peuvent également différer de ceux de Retraite Québec.

Si vous recevez ou devez recevoir des prestations d'autres organismes, publics ou privés, vérifiez auprès d'eux si le fait de recevoir une prestation pour invalidité en vertu du Régime de rentes du Québec peut entraîner une réduction de ces prestations.

Prenez note que la réception d'une prestation pour invalidité pourrait réduire le montant de la rente de conjoint survivant, si vous en recevez déjà une du Régime.

Vous ne pouvez pas recevoir des prestations pour invalidité du Régime de rentes du Québec si vous recevez déjà de telles prestations du Régime de pensions du Canada.

Comment faire votre demande

Remplissez le formulaire et retournez-le-nous sans attendre le *Rapport médical*. La date à laquelle nous recevons votre demande peut influencer le début de votre prestation. En effet, nous ne pouvons pas reconnaître plus de 12 mois d'invalidité avant la date de réception de votre demande, même si vous êtes invalide depuis plus longtemps.

Vous devez faire remplir le *Rapport médical* par votre médecin et lui demander de nous le retourner dans les plus brefs délais. Pour rédiger ce rapport, votre médecin peut vous réclamer des honoraires, qui sont à vos frais.

Travail à l'extérieur du Canada

Si vous avez participé à un régime de sécurité sociale à l'étranger, vous pourriez avoir droit à une pension de ce régime. Notez que la prestation du Régime de rentes du Québec n'est pas réduite si vous recevez une pension d'un autre pays.

Marche à suivre – Demande de prestations pour invalidité

1. Répondez à toutes les questions de la *Demande de prestations pour invalidité* et signez-la.
2. Remplissez et signez le **Consentement à communiquer des renseignements médicaux, psychosociaux et administratifs**.
3. Joignez une copie de tout document médical ou résultat d'analyse en votre possession concernant votre invalidité. **(Ne pas envoyer de radiographies.)**
4. Vérifiez le tarif postal, surtout si des documents sont joints, et postez votre demande le plus tôt possible à :

Retraite Québec, case postale 5200
Québec (Québec) G1K 7S9

Accès aux documents des organismes publics et protection des renseignements personnels

Les renseignements personnels recueillis dans le présent formulaire sont nécessaires à l'étude de votre demande. L'omission de les fournir peut entraîner un retard ou un rejet de traitement. Seuls les membres autorisés de notre personnel y ont accès. Ces renseignements sont communiqués à d'autres personnes ou organismes pour vérification auprès d'eux seulement dans les cas prévus par la loi. Ils peuvent aussi servir à des fins de recherche, d'évaluation, d'enquête ou de sondage. La Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels vous permet de consulter et de faire rectifier vos renseignements personnels.

A pensão para filho de pessoa inválida é paga mensalmente. Essa pensão termina quando o filho completa dezoito (18) anos ou quando a pensão por invalidez deixa de ser concedida. A pessoa que recebe a pensão para filhos deve avisar Retraite Québec, caso deixe de sustentar os filhos.

Prestações de outras entidades

Para avaliar a invalidez, Retraite Québec não emprega os mesmos critérios que a Comissão des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), a Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou o ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Os critérios empregados pelas seguradoras também podem ser distintos dos utilizados por Retraite Québec.

Se você recebe ou deve receber prestações de outras entidades, públicas ou privadas, verifique com tais organismos se, o fato de você receber prestação por invalidez em virtude do Regime de Previdência do Québec pode ocasionar em redução dessas outras prestações.

É importante observar que o recebimento de prestações por invalidez pode reduzir o valor da pensão por morte, caso você já receba pensão do Regime.

Você não pode receber prestações por invalidez do Regime de Previdência do Québec, caso já as receba do Regime Previdenciário do Canadá.

Como fazer seu requerimento

Preencha o formulário e envie, o mais rápido possível, para Retraite Québec o laudo médico. A data de recepção de seu requerimento pode influenciar na data de início de recebimento de sua prestação. Na realidade, Retraite Québec reconhece no máximo doze (12) meses de invalidez anteriores à data de recebimento de seu requerimento, mesmo que você esteja inválido há mais tempo.

Você deve solicitar ao seu médico para que preencha e nos envie o laudo médico o mais rápido possível. Para redigir esse laudo, o médico pode cobrar honorários que devem ser assumidos por você.

Trabalho no exterior do Canadá

Caso você tenha contribuído para algum regime de previdência social no exterior, você pode ter direito à pensão desse regime. É importante observar que a prestação do Regime de Previdência do Québec não sofre alteração, caso você receba alguma pensão de outro país.

Etapas a seguir – Requerimento de prestações por invalidez

1. Responda a toda as questões do *Requerimento de prestações por invalidez* e assine.
2. Preencha e assine o **Consentimento para fornecimento de informações médicas, psicossociais e administrativas**.
3. Acrescente uma cópia de todo documento médico ou resultado de análises que estejam com você referente à sua invalidez **(não envie radiografias)**.
4. Pague o devido valor de seu envio por correio e envie, o mais rápido possível, seu requerimento para o seguinte endereço:

Retraite Québec, case postale 5200
Québec (Québec) G1K 7S9

Acesso a documentos de órgãos públicos e proteção das informações pessoais

As informações pessoais obtidas no presente formulário são necessárias para a análise de seu requerimento. Ocultar o fornecimento de tais informações pode ocasionar atraso ou negação de tratamento do requerimento. Apenas os funcionários autorizados da nossa equipe de trabalho têm acesso às informações. Essas informações são repassadas a outros funcionários ou órgãos para verificação apenas em casos estabelecidos por lei. Tais informações também podem ser utilizadas para fins de pesquisa, avaliação, inquérito ou sondagem. A Lei de Acesso a Documentos de Órgãos Públicos e de Proteção das Informações Pessoais permite que você consulte e solicite retificação de suas informações pessoais.

Important (suite) Importante (cont.)

Traitement de votre demande

Nous effectuons les étapes de traitement suivantes :

- réception et analyse de votre demande. Vérification des critères administratifs pour établir votre admissibilité selon le Régime de rentes du Québec (votre nombre d'années de cotisation au Régime, votre date d'arrêt de travail, etc.) et obtention des renseignements manquants au besoin.

Si vous êtes admissible sur le plan administratif, d'autres étapes suivront alors :

- envoi de votre dossier à notre équipe médicale;
- vérification des renseignements médicaux contenus dans votre demande ainsi que dans le rapport médical. Obtention, au besoin, de renseignements médicaux complémentaires auprès de votre médecin traitant, de médecins spécialistes, d'hôpitaux, de compagnies d'assurance ou d'organismes gouvernementaux avec lesquels vous avez été en contact, pour compléter votre dossier médical;
- analyse du dossier par un membre de notre équipe médicale pour déterminer si vous pouvez être reconnu invalide selon la Loi sur le régime de rentes du Québec. Dans certaines situations, une expertise médicale peut être demandée;
- décision rendue par Retraite Québec concernant votre demande.

Pour obtenir plus de renseignements

Par Internet

www.retraitequebec.gouv.qc.ca

Par téléphone

Région de Québec : 418 643-5185

Région de Montréal : 514 873-2433

Sans frais, du Canada : 1 800 463-5185

Tratamento de seu requerimento

Retraite Québec efetua as seguintes etapas de tratamento:

- *recebimento e análise de seu requerimento. Verificação dos critérios administrativos para avaliação de sua elegibilidade de acordo com o Regime de Previdência do Québec (número de anos de contribuições ao Regime, data de afastamento do trabalho, etc.) e obtenção das informações eventualmente incompletas.*

Se você for aceito no plano administrativo, as seguintes etapas são:

- *envio de seu protocolo à nossa equipe médica;*
- *verificação das informações médicas contidas em seu requerimento e no laudo médico. Obtenção, se necessário, de informações médicas adicionais junto ao seu médico, aos médicos especialistas, hospitais, seguradoras ou órgãos do governo com os quais você esteve em contato com o propósito de completar seu histórico médico;*
- *análise do histórico médico por um integrante da nossa equipe médica a fim de determinar se você pode ser declarado inválido de acordo com a Lei do Regime de Previdência do Québec. Em alguns casos, um laudo pericial pode ser solicitado;*
- *decisão tomada por Retraite Québec relativa ao seu requerimento.*

Para obter mais informações

Por Internet

www.retraitequebec.gouv.qc.ca

Por telefone

Região de Québec: 418 643-5185

Região de Montréal: 514 873-2433

Ligação gratuita no Canadá: 1 800 463-5185

Demande de prestations du Régime de rentes du Québec en vertu de l'entente de sécurité sociale entre le Québec et la République fédérative du Brésil.
Requerimento de prestações do Regime de Previdência do Québec em virtude do Acordo na Área de Previdência Social entre o Québec e a República Federativa do Brasil.

Veillez écrire en lettres détachées / Preencha em letras de forma

Partie / Parte 1 Renseignements généraux sur le cotisant
Informações gerais sobre o contribuinte

1.1 Inscrivez le numéro d'assurance sociale du cotisant au Canada Número d'assurance sociale (NAS) do contribuinte no Canadá		
1.2 Langue de correspondance souhaitée Língua de correspondência desejada <input type="checkbox"/> Français / Francês <input type="checkbox"/> Anglais / Inglês		Indiquez la dernière province de résidence du cotisant au Canada Última província de residência do contribuinte no Canadá
Date d'arrivée au Canada Data de chegada no Canadá année/ano mois/mês jour/dia		Date de départ du Canada Data de saída do Canadá année/ano mois/mês jour/dia
1.3 Sexe Sexo <input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> M	Nom de famille du cotisant Sobrenome do contribuinte	Prénom Nome
Nom de famille à la naissance, si différent Sobrenome de solteiro, caso seja diferente do acima citado		Prénom à la naissance, si différent Nome de solteiro, caso seja diferente do acima citado
1.4 Date de naissance Data de nascimento année/ano mois/mês jour/dia	Lieu de naissance (ville, province ou État, pays) Local de nascimento (município, província ou estado, país)	
1.5 Nom de famille du père Sobrenome do pai		Prénom du père Nome do pai
Nom de famille de la mère à la naissance Sobrenome de solteira da mãe		Prénom de la mère Nome da mãe
1.6 Numéro d'identification du travailleur – NIT au Brésil Número de Identificação do Trabalhador (NIT) no Brasil		Registre national des personnes physiques - CPF au Brésil Cadastro de Pessoa Física (CPF) no Brasil
1.7 Adresse (numéro, rue, appartement, case postale) Endereço (número, rua, apartamento, caixa postal)		Ville Município
Province ou État Província ou estado	Pays País	Code postal CEP
Téléphone au domicile Telefone residencial	Autre téléphone Outro telefone	Poste Ramal
1.8 État matrimonial Estado civil		
a) <input type="checkbox"/> Célibataire / Solteiro b) <input type="checkbox"/> Marié / Casado c) <input type="checkbox"/> Veuf / Viúvo d) <input type="checkbox"/> Divorcé / Divorciado e) <input type="checkbox"/> Séparé légalement / Separado judicialmente f) <input type="checkbox"/> Union civile / União estável g) <input type="checkbox"/> Union civile dissoute / União estável dissolvida		
Si vous avez coché la case b), c), d), e), f) ou g), indiquez depuis quelle date : Se você marcou os itens b), c), d), e), f) ou g), indique desde quando:		
		année/ano mois/mês jour/dia

¹ La présente demande doit être remplie par le cotisant. Le terme « cotisant » désigne la personne qui a versé des cotisations au Régime de rentes du Québec. Esse requerimento deve ser preenchido pelo contribuinte. O termo "contribuinte" designa a pessoa que contribuiu para o Regime de Previdência do Québec.

1.9

Certaines conditions peuvent aider une personne à devenir admissible à une rente ou à faire augmenter son montant :
Certas condições podem contribuir para que um indivíduo torne-se elegível a prestações ou para que o valor das mesmas seja majorado:

- si le cotisant a reçu des prestations familiales pour un enfant (prestations familiales du Québec ou du Canada);
Se o contribuinte recebeu prestações familiares para filhos (prestações familiares do Québec ou do Canadá);
- si le cotisant était admissible à des prestations familiales, mais qu'il n'en a pas reçu en raison d'un revenu familial trop élevé.
Se o contribuinte já foi elegível a prestações familiares, embora não as tenha recebido por ter renda familiar muito elevada.

a) Au cours de sa vie, le cotisant a-t-il eu, adopté ou pris en charge des enfants (peu importe leur âge actuel)?
No decorrer de sua vida, o contribuinte teve, adotou ou assumiu filhos (independentemente da idade atual dos filhos)?

- Oui. Passez à la **question b).**
*Sim. Passe para a **questão b).*** Non. Passez à la **partie 2.**
*Não. Passe para a **parte 2.***

b) Le cotisant a-t-il reçu à son nom des prestations familiales pour des enfants ou, s'il n'en a pas reçu, était-ce en raison d'un revenu familial trop élevé? (Ces prestations sont habituellement versées à la mère.)
O contribuinte recebeu em seu nome prestações familiares para filhos ou não as recebeu por ter renda familiar muito elevada? (Essas prestações são de praxe enviadas à mãe).

- Oui. Remplissez ce qui suit.
Sim. Preencha as lacunas a seguir. Non. Passez à la **partie 2.**
*Não. Passe para a **parte 2.***

Renseignements sur les enfants Informações sobre os filhos			
1^{er} enfant / Primeiro filho			
Nom de famille à la naissance <i>Sobrenome de solteiro</i>		Prénom <i>Nome</i>	Date de naissance <i>Data de nascimento</i> année / ano mois / mês jour / dia
Lieu de naissance (province ou État, pays) <i>Local de nascimento (provincia ou estado, país)</i>	Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) <i>Data da adoção ou do início do sustento</i> (se aplicável) année / ano mois / mês	Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) <i>Data de falecimento (Caso filho tenha falecido antes dos sete (7) anos de idade)</i> année / ano mois / mês	
Si l'enfant est né à l'extérieur du Canada <i>Caso filho tenha nascido no exterior do Canadá</i>	Date d'arrivée au Canada <i>Data de chegada no Canadá</i> année / ano mois / mês	Date de départ du Canada <i>Data de saída do Canadá</i> année / ano mois / mês	Province de résidence lors de l'arrivée au Canada <i>Provincia de residência ao chegar no Canadá</i>
2^e enfant / Segundo filho			
Nom de famille à la naissance <i>Sobrenome de solteiro</i>		Prénom <i>Nome</i>	Date de naissance <i>Data de nascimento</i> année / ano mois / mês jour / dia
Lieu de naissance (province ou État, pays) <i>Local de nascimento (provincia ou estado, país)</i>	Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) <i>Data da adoção ou do início do sustento</i> (se aplicável) année / ano mois / mês	Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) <i>Data de falecimento (Caso filho tenha falecido antes dos sete (7) anos de idade)</i> année / ano mois / mês	
Si l'enfant est né à l'extérieur du Canada <i>Caso filho tenha nascido no exterior do Canadá</i>	Date d'arrivée au Canada <i>Data de chegada no Canadá</i> année / ano mois / mês	Date de départ du Canada <i>Data de saída do Canadá</i> année / ano mois / mês	Province de résidence lors de l'arrivée au Canada <i>Provincia de residência ao chegar no Canadá</i>
3^e enfant / Terceiro filho			
Nom de famille à la naissance <i>Sobrenome de solteiro</i>		Prénom <i>Nome</i>	Date de naissance <i>Data de nascimento</i> année / ano mois / mês jour / dia
Lieu de naissance (province ou État, pays) <i>Local de nascimento (provincia ou estado, país)</i>	Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) <i>Data da adoção ou do início do sustento</i> (se aplicável) année / ano mois / mês	Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) <i>Data de falecimento (Caso filho tenha falecido antes dos sete (7) anos de idade)</i> année / ano mois / mês	
Si l'enfant est né à l'extérieur du Canada <i>Caso filho tenha nascido no exterior do Canadá</i>	Date d'arrivée au Canada <i>Data de chegada no Canadá</i> année / ano mois / mês	Date de départ du Canada <i>Data de saída do Canadá</i> année / ano mois / mês	Province de résidence lors de l'arrivée au Canada <i>Provincia de residência ao chegar no Canadá</i>

c) De la naissance de chaque enfant jusqu'à son 7^e anniversaire, y a-t-il eu des périodes pendant lesquelles le cotisant ne recevait pas de prestations familiales du Canada à son nom?
A partir da data de nascimento de cada filho e até cada um ter completado sete (7) anos de idade, ocorreram períodos em que o contribuinte não recebeu prestações familiares do Canadá em seu nome?

- Oui Non
Sim Não

d) Depuis sa naissance ou son arrivée au Canada jusqu'à son 7^e anniversaire, chaque enfant a-t-il toujours résidé avec le cotisant au Canada?
A partir da data de nascimento ou de chegada de cada filho ao Canadá, e até cada um ter completado sete (7) anos de idade, cada filho sempre residiu com o contribuinte no Canadá?

- Oui Non
Sim Não

**Si l'espace est insuffisant, complétez votre réponse à la partie 3.
Caso esse espaço seja insuficiente, complete sua resposta na parte 3.**

--	--	--

Partie / Parte 2

Demande de prestations pour invalidité Requerimento de prestações por invalidez

Prestations d'autres organismes Prestações de outras entidades

2.1 Le cotisant a-t-il participé à un régime de sécurité sociale dans un pays autre que le Canada et le Brésil?
 O contribuinte participou de algum regime de previdência social em outro país que não seja o Canadá nem o Brasil?

Oui. Remplissez ce qui suit.
 Sim. Preencha as lacunas a seguir.

Non. Passez à la **section 2.2**.
 Não. Passe para a **seção 2.2**.

1^{er} pays : _____ Numéro de sécurité sociale dans ce pays : _____
 Primeiro país: _____ Número do Cadastro de Pessoa Física naquele país: _____

2^e pays : _____ Numéro de sécurité sociale dans ce pays : _____
 Segundo país: _____ Número do Cadastro de Pessoa Física naquele país: _____

Nom de la caisse de retraite : _____
 Nome da entidade responsável pelo fundo de pensão: _____

2.2 Le cotisant a-t-il déjà fait une demande d'indemnité à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle?
 O contribuinte já fez algum requerimento de restituição junto à Comissão das normas, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) após acidente de trabalho ou doença profissional?

Oui, mais le cotisant n'a pas reçu de réponse.
 Sim, mas o contribuinte não obteve resposta.

Oui, et la CNESST a accepté la demande.
 Sim, e a CNESST aceitou o requerimento.

Oui, mais la CNESST a refusé la demande.
 Sim, mas a CNESST negou o requerimento.

Non
 Não

Numéro du dossier (CNESST) : _____
 Número do protocolo (CNESST): _____

Date de la réclamation : _____
 Data do requerimento: _____

2.3 Le cotisant a-t-il déjà fait une demande d'indemnité à la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) à la suite d'un accident de la route (concernant ou non l'invalidité actuelle)?
 O contribuinte já fez algum requerimento de restituição junto à Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) após acidente rodoviário (vinculado ou não à invalidez atual)?

Oui. Numéro du dossier (SAAQ) : _____ Date de la réclamation : _____
 Sim. Número do protocolo (SAAQ): ... _____ Data do requerimento: . _____

Non
 Não

2.4 Le cotisant a-t-il déjà fait au Canada une demande de prestations à une compagnie d'assurance concernant son invalidité?
 O contribuinte já fez, no Canadá, requerimento de prestações a alguma seguradora vinculado à sua invalidez?

Oui. Numéro du dossier : _____ Date de la réclamation : _____
 Sim. Número do protocolo: _____ Data do requerimento: . _____

Nom de la compagnie : _____
 Nome da seguradora:

Non
 Não

Études et formation Estudos e formação

2.5 Quel niveau de scolarité le cotisant a-t-il atteint?
 Qual é o nível de escolaridade (completo ou incompleto) do contribuinte?

Primaire
 Fundamental (1^o ao 4^o ano)

Secondaire
 Fundamental (5^o ao 8^o ano)

Collégial
 Médio (9^o ao 11^o ano)

Universitaire
 Superior

Quel est le dernier diplôme obtenu ou la dernière année d'étude complétée?
 Qual foi o último diploma obtido pelo contribuinte ou último ano de estudo completado pelo contribuinte? _____

2.6 Veuillez énumérer les autres cours de formation ou de perfectionnement que le cotisant a suivis (y compris la formation en milieu de travail, les cours d'intérêt particulier, etc.).
 Indique outros cursos de formação ou aperfeiçoamento feitos pelo contribuinte (inclusive treinamentos em local de trabalho e outros cursos de interesse específico, etc.).

2.7 Le cotisant a-t-il un permis de conduire en règle?
 O contribuinte tem carteira de habilitação do Québec regularizada? Oui Non
 Sim Não

Si oui, indiquez la ou les classes :
 Caso a resposta seja positiva, indique a(s) categoria(s): _____

S'il y a des conditions inscrites sur le permis, indiquez lesquelles :
 Caso hajam observações registradas em sua carteira de habilitação do Québec, indique-as: _____

--	--	--

Renseignements sur la situation de travail du cotisant
Informações sobre situação de trabalho do contribuinte

2.8 Date du début de l'emploi actuel du cotisant ou de son dernier emploi occupé :
Data da atual admissão do contribuinte ou do último cargo exercido:

année/ano	mois/mês	jour/dia
_	_	_

A-t-il cessé complètement de travailler au Brésil ou dans tout autre pays?
O contribuinte parou de trabalhar completamente no Brasil ou em qualquer outro país?

Oui. Date de sa dernière journée de présence au travail :
Sim. Data do último dia de trabalho:

année/ano	mois/mês	jour/dia
_	_	_

Non. Combien d'heures par semaine travaille-t-il?

heures/horas
_

 Quel est son salaire brut par semaine (en monnaie du pays)?
Não. Quantas horas ele trabalha por semana? Qual é seu salário bruto por semana (na moeda do país)?

_	_	_	_
---	---	---	---

2.9 Pour quelles raisons le cotisant a-t-il cessé partiellement ou complètement de travailler?
Quais motivos levaram o contribuinte a parar parcial ou completamente de trabalhar?

2.10 Quel est ou quel était son emploi? :
Qual é ou era seu cargo?:..... _____

Décrivez brièvement son travail :
Descreva sucintamente as tarefas exercidas em seu trabalho: _____

Nom du dernier employeur :
Nome do último empregador: _____

Téléphone :

_	_	_	_
---	---	---	---

 Poste :

_	_	_	_
---	---	---	---

Telefone: Ramal:

2.11 Le cotisant occupe-t-il un deuxième emploi?
O contribuinte tem algum outro emprego?

Oui. Combien d'heures par semaine travaille-t-il?

heures/horas
_

 Quel est son salaire brut par semaine (en monnaie du pays)?
Sim. Quantas horas ele trabalha por semana? Qual é seu salário bruto por semana (na moeda do país)?

_	_	_	_
---	---	---	---

Nom de l'employeur :
Nome do empregador: _____

Téléphone :

_	_	_	_
---	---	---	---

 Poste :

_	_	_	_
---	---	---	---

Telefone: Ramal:

Non
Não

2.12 Actuellement, le cotisant travaille-t-il à son compte?
Atualmente, o contribuinte é trabalhador autônomo? Oui Non
Sim Não

2.13 Actuellement, le cotisant possède-t-il une entreprise?
Atualmente, o contribuinte é dono de empresa? Oui Non
Sim Não

Si oui, indiquez le nom de l'entreprise :
Caso a resposta seja positiva, indique o nome da empresa: _____

Le cotisant participe-t-il encore aux activités de l'entreprise de quelque façon que ce soit?
O contribuinte ainda participa de alguma forma das atividades da empresa? Oui Non
Sim Não

Si oui, quelles sont ses fonctions?
Caso a resposta seja positiva, quais são as funções exercidas por ele? _____

2.14 Le cotisant a-t-il déjà travaillé à son compte ou possédé une entreprise dans le passé?
O contribuinte já foi trabalhador autônomo ou dono de empresa no passado?

Oui. Inscrivez la date à laquelle l'entreprise a été vendue, dissoute ou fermée.
Sim. Indique a data em que a empresa foi vendida, dissolvida ou fechada.

année/ano	mois/mês	jour/dia
_	_	_

Non
Não

2.15 Le cotisant a-t-il été responsable d'une ressource intermédiaire ou de type familial (famille ou résidence d'accueil) au Québec?
O contribuinte foi responsável de algum recurso intermediário ou do tipo familiar (família de guarda ou casa de repouso) no Québec?

Oui Non
Sim Não

Si oui, accueillait-il à son lieu principal de résidence neuf usagers ou moins?
Caso a resposta seja positiva, o contribuinte alojava em seu local de residência principal nove (9) ou menos usuários?

Oui Non
Sim Não

--	--	--

Renseignements sur les emplois précédents
Informações sobre empregos anteriores

2.16 Énumérez les derniers emplois occupés avant celui qui est mentionné à la section 2.8.
 Indique os últimos cargos exercidos anteriores ao citado na seção 2.8.

Nom de l'employeur Nome do empregador	Titre de l'emploi Cargo	Durée / Período				Raison du départ Motivo de saída
		De / De		À / Até		
		année / ano	mois / mês	année / ano	mois / mês	

Renseignements sur l'état de santé du cotisant
Informações sobre estado de saúde do contribuinte

2.17 Depuis quelle date l'état de santé du cotisant le rend-il incapable de travailler régulièrement?
 Desde quando o estado de saúde do contribuinte torna-o incapaz de trabalhar de maneira regular?

année / ano	mois / mês	jour /

Indiquez les maladies ou les déficiences qui l'empêchent de travailler ou le limitent dans son travail. Si vous ne connaissez pas les termes médicaux, employez vos propres termes.
 Indique as doenças ou deficiências que impedem o contribuinte de trabalhar ou que provocam-lhe limitações na execução de seu trabalho. Caso desconheça os termos médicos apropriados, descreva tais doenças ou deficiências com suas próprias palavras.

2.18 Énumérez tous les médicaments qu'il prend actuellement.
 Indique todos os medicamentos que o contribuinte toma atualmente.

Nom du médicament Nome do medicamento	Quelle dose prend-il? Qual é a dose tomada?	Quand le prend-il? Quando ele toma os medicamentos?

--	--	--

Renseignements sur l'état de santé du cotisant (suite)
Informações sobre estado de saúde do contribuinte (cont.)

2.19 Précisez tout autre traitement (physiothérapie, psychothérapie, etc.) suivi actuellement et l'endroit où il est suivi.
Descreva qualquer outro tratamento (fisioterapia, psicoterapia, etc.) que o contribuinte faz atualmente e indique o nome do estabelecimento.

Traitement <i>Tratamento</i>	Nom de l'établissement <i>Nome do estabelecimento</i>

2.20 Précisez, si possible, les examens spéciaux (radiographie, tapis roulant, imagerie par résonance magnétique, test de fonction respiratoire, etc.) que le cotisant a subis au cours des six derniers mois concernant le problème de santé qui cause son invalidité.
Especifique, se possível, os exames especiais (radiologia, esteira, ressonância magnética, teste de função respiratória, etc.) que o contribuinte fez nos últimos seis (6) meses vinculados ao problema de saúde que provoca sua invalidez.

Nom de l'examen <i>Nome do exame</i>	Lieu de l'examen <i>Nome do estabelecimento</i>

2.21 Le cotisant peut-il se déplacer sans aide?
O contribuinte pode se locomover sem ajuda?

Oui
Sim

Non. Il se déplace à l'aide de :
Não. Ele se locomove com ajuda de:
 D'une canne De béquilles D'un fauteuil roulant
Bengala Muleta Cadeira de rodas

Autre. Précisez :
Outro. Especifique: _____

Renseignements sur les médecins du cotisant
Informações sobre médicos do contribuinte

2.22 a) Médecin qui soigne actuellement le cotisant
Médico que trata atualmente do contribuinte

Nom du médecin <i>Nome do médico</i>		
<input type="checkbox"/> Médecin de famille <i>Médico de família</i>	<input type="checkbox"/> Médecin spécialiste <i>Médico especialista</i>	S'il s'agit d'un médecin spécialiste, indiquez sa spécialité <i>Se for médico especialista, indique sua especialidade</i>
Nom de l'hôpital ou de la clinique médicale <i>Nome do hospital ou da clínica médica</i>		Date de sa dernière visite chez ce médecin <i>Data da última consulta com esse médico</i> <small>année/ano mois/mês jour/dia</small>

--	--	--

2.22 (suite/ cont.)

b) Autres médecins que le cotisant a consultés
 Outros médicos consultados pelo contribuinte

1 ^{er} médecin / Primeiro médico		
Nom du médecin Nome do médico		
<input type="checkbox"/> Médecin de famille Médico de família	<input type="checkbox"/> Médecin spécialiste Médico especialista	S'il s'agit d'un médecin spécialiste, indiquez sa spécialité Se for médico especialista, indique sua especialidade
Nom de l'hôpital ou de la clinique médicale Nome do hospital ou da clínica médica		Date de sa dernière visite chez ce médecin Data da última consulta com esse médico année / ano mois / mês jour / dia
2 ^e médecin / Segundo médico		
Nom du médecin Nome do médico		
<input type="checkbox"/> Médecin de famille Médico de família	<input type="checkbox"/> Médecin spécialiste Médico especialista	S'il s'agit d'un médecin spécialiste, indiquez sa spécialité Se for médico especialista, indique sua especialidade
Nom de l'hôpital ou de la clinique médicale Nome do hospital ou da clínica médica		Date de sa dernière visite chez ce médecin Data da última consulta com esse médico année / ano mois / mês jour / dia

**Vous devez obtenir un rapport médical de chacun de ces médecins et nous le faire parvenir.
 Você deve obter um laudo médico de cada médico e encaminhá-los à Retraite Québec.**

**Renseignements sur les hospitalisations du cotisant
 Informações sobre internações do contribuinte**

2.23 Le cotisant a-t-il été hospitalisé au cours des cinq dernières années? Oui. Remplissez ce qui suit. Non. Passez à la section 2.24.
 O contribuinte foi internado nos últimos cinco (5) anos? Sim. Preencha os campos a seguir. Não. Passe para a seção 2.24.

1 ^{re} hospitalisation / Primeira internação	
Date approximative Data aproximada année / ano mois / mês jour / dia	Raison Motivo
Nom du centre hospitalier Nome do hospital	Adresse Endereço
2 ^e hospitalisation / Segunda internação	
Date approximative Data aproximada année / ano mois / mês jour / dia	Raison Motivo
Nom du centre hospitalier Nome do hospital	Adresse Endereço
3 ^e hospitalisation / Terceira internação	
Date approximative Data aproximada année / ano mois / mês jour / dia	Raison Motivo
Nom du centre hospitalier Nome do hospital	Adresse Endereço
4 ^e hospitalisation / Quarta internação	
Date approximative Data aproximada année / ano mois / mês jour / dia	Raison Motivo
Nom du centre hospitalier Nome do hospital	Adresse Endereço

--	--	--

Demande de rente d'enfant de personne invalide
Requerimento de pensão para filho de pessoa inválida

2.24 Remplissez ce qui suit pour chacun des enfants pour lesquels vous demandez une rente d'enfant de personne invalide. (Pour connaître les conditions d'admissibilité, consultez les renseignements à ce sujet au début du formulaire.)
 Preencha as lacunas a seguir para cada filho para o qual você solicitou requerimento de pensão para filho de pessoa inválida. (Para saber quais são as condições de elegibilidade, consulte as informações a respeito contidas no início do formulário.)

a) La personne invalide a-t-elle des enfants qui répondent à ces conditions?
 A pessoa inválida tem filhos que correspondem a essas condições?

Oui. Remplissez ce qui suit. *Sim. Preencha as lacunas a seguir.* Non. Passez à la partie 4. *Não. Passe para a parte 4.*

Si l'enfant est né à l'extérieur du Québec, veuillez fournir une preuve de naissance délivrée par les autorités civiles du lieu où il est né. Se o filho nasceu no exterior do Québec, apresente comprovante de nascimento emitido pelas autoridades civis do local de nascimento desse filho.

1^{er} enfant / Primeiro filho

Sexe Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille à la naissance <i>Sobrenome de solteiro</i>	Prénom <i>Nome</i>
Date de naissance <i>Data de nascimento</i> année / ano mois / mês jour / dia		Numéro d'assurance sociale au Canada <i>Numéro d'assurance sociale (NAS) no Canadá</i>
Lieu de naissance <i>Local de nascimento</i>	Ville <i>Município</i>	Province ou État <i>Provincia ou estado</i>
Adresse actuelle de l'enfant (numéro, rue, appartement, case postale, ville, province ou État, pays, code postal) <i>Endereço atual do filho (número, rua, apartamento, caixa postal, município, provincia ou estado, país, CEP)</i>		
Nom de famille de la mère à la naissance <i>Sobrenome de solteira da mãe</i>	Prénom <i>Nome</i>	Nom de famille du père <i>Sobrenome de solteiro do pai</i>
Cet enfant est-il l'enfant biologique ou adoptif de la personne invalide? <i>Esse filho é biológico ou adotivo da pessoa inválida?</i> <input type="checkbox"/> Oui <i>Sim</i> <input type="checkbox"/> Non <i>Não</i>		
Si non, si l'enfant réside avec la personne invalide, indiquez depuis quelle date : <i>Caso a resposta seja negativa e se o filho reside com a pessoa inválida, indique desde quando:</i>		
S'il ne réside pas avec elle, précisez la raison : <i>Caso não resida com a pessoa inválida, descreva o motivo:</i>		

2^e enfant / Segundo filho

Sexe Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille à la naissance <i>Sobrenome de solteiro</i>	Prénom <i>Nome</i>
Date de naissance <i>Data de nascimento</i> année / ano mois / mês jour / dia		Numéro d'assurance sociale au Canada <i>Numéro d'assurance sociale (NAS) no Canadá</i>
Lieu de naissance <i>Local de nascimento</i>	Ville <i>Município</i>	Province ou État <i>Provincia ou estado</i>
Adresse actuelle de l'enfant (numéro, rue, appartement, case postale, ville, province ou État, pays, code postal) <i>Endereço atual do filho (número, rua, apartamento, caixa postal, município, provincia ou estado, país, CEP)</i>		
Nom de famille de la mère à la naissance <i>Sobrenome de solteira da mãe</i>	Prénom <i>Nome</i>	Nom de famille du père <i>Sobrenome de solteiro do pai</i>
Cet enfant est-il l'enfant biologique ou adoptif de la personne invalide? <i>Esse filho é biológico ou adotivo da pessoa inválida?</i> <input type="checkbox"/> Oui <i>Sim</i> <input type="checkbox"/> Non <i>Não</i>		
Si non, si l'enfant réside avec la personne invalide, indiquez depuis quelle date : <i>Caso a resposta seja negativa e se o filho reside com a pessoa inválida, indique desde quando:</i>		
S'il ne réside pas avec elle, précisez la raison : <i>Caso não resida com a pessoa inválida, descreva o motivo:</i>		

--	--	--

**Demande de rente d'enfant de personne invalide
 Requerimento de pensão para filho de pessoa inválida**

2.24 (suite / cont.)

3^e enfant / Terceiro filho			
Sexe Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille à la naissance Sobrenome de solteiro	Prénom Nome	
Date de naissance Data de nascimento anné(e) / ano mois / mês jour / dia		Numéro d'assurance sociale au Canada Número d'assurance sociale (NAS) no Canadá	
Lieu de naissance Local de nascimento	Ville Município	Province ou État Província ou estado	Pays País
Adresse actuelle de l'enfant (numéro, rue, appartement, case postale, ville, province ou État, pays, code postal) Endereço atual do filho (número, rua, apartamento, caixa postal, município, província ou estado, país, CEP)			
Nom de famille de la mère à la naissance Sobrenome de solteira da mãe	Prénom Nome	Nom de famille du père Sobrenome de solteiro do pai	Prénom Nome
Cet enfant est-il l'enfant biologique ou adoptif de la personne invalide? Esse filho é biológico ou adotivo da pessoa inválida? <input type="checkbox"/> Oui / Sim <input type="checkbox"/> Non / Não			
Si non, si l'enfant réside avec la personne invalide, indiquez depuis quelle date : Caso a resposta seja negativa e se o filho reside com a pessoa inválida, indique desde quando:.....			
S'il ne réside pas avec elle, précisez la raison : Caso não resida com a pessoa inválida, descreva o motivo: _____			

**Si l'espace est insuffisant, complétez votre réponse à la partie 3.
 Caso esse espaço seja insuficiente, complete sua resposta na parte 3.**

b) Parmi les enfants nommés ci-dessus, y en a-t-il qui reçoivent déjà une rente d'orphelin ou une rente d'enfant de personne invalide du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions de Canada?
 Algum dos filhos acima citados já recebe pensão de órfão ou pensão para filho de pessoa inválida do Regime de Previdência do Québec ou do Regime Previdenciário do Canadá?

Oui, sous le numéro d'assurance sociale suivant :
 Sim, através do Número d'assurance sociale (NAS):.....

Non
 Não

c) S'il s'agit des enfants de la personne invalide, mais qu'ils n'habitent pas avec elle, indiquez les sommes que la personne invalide débourse par mois pour subvenir à leurs besoins (pension alimentaire s'il y a lieu, frais de scolarité, frais médicaux et dentaires, vêtements, fournitures scolaires, etc.).
 Caso se trate dos filhos da pessoa inválida, que, no entanto, não residem com ela, indique o valor das despesas que a pessoa inválida gasta por mês para assumir o sustento dos mesmos (pensão alimentícia, se aplicável, taxas e mensalidades escolares, gastos com materiais escolares, atendimento médico e odontológico, vestuário, etc.).

_____ \$ par mois
 _____ CAD\$ por mês

**N'oubliez pas de remplir et de signer la partie 4.
 Não se esqueça de preencher e assinar a parte 4.**

--	--	--

Partie / Parte 4

Déclaration de la personne qui fait la présente demande Declaração do solicitante desse requerimento

4.1 Par la présente, je demande, en vertu du Régime de rentes du Québec, les prestations indiquées précédemment. Je déclare que, à ma connaissance, les renseignements fournis dans la présente demande sont véridiques et complets, et je m'engage à aviser Retraite Québec de tout changement pouvant avoir un effet sur le droit à ces prestations.

Pelo presente instrumento, solicito as prestações acima indicadas em virtude do Regime de Previdência do Québec. Declaro que, tanto quanto é do meu conhecimento, as informações concedidas nesse requerimento são verídicas e completas, e assumo o compromisso de avisar Retraite Québec sobre toda alteração que possa repercutir no direito a tais prestações.

Signature : _____ Date : _____
Assinatura: _____ Data: _____
année/ano mois/mês jour/dia

Si la présente demande n'est pas signée par la personne à qui les prestations seront versées, veuillez indiquer à quel titre vous l'avez signée.
Caso esse requerimento não seja assinado pela pessoa a quem as prestações serão enviadas, indique a que título você o assina.

Titre : _____ Nom et prénom : _____
Título: _____ Sobrenome e nome: _____

Adresse (numéro, rue, appartement, case postale, ville, province ou État, pays, code postal) :
Endereço (número, rua, apartamento, caixa postal, município, província ou estado, país, CEP):

Numéro d'assurance sociale au Canada (si vous en avez un) : _____
Numéro d'assurance sociale (NAS) do Canadá (caso você o tenha): _____

Langue de correspondance souhaitée : Français Anglais
Língua de correspondência desejada: Francês Inglês

Téléphone au domicile : _____
Telefone residencial: _____

Autre téléphone : _____ Poste : _____
Outro telefone: _____ Ramal: _____

Consentement à communiquer des renseignements médicaux, psychosociaux et administratifs Consentimento para o fornecimento das informações médicas, psicossociais e administrativas

4.2 Pour que Retraite Québec dispose de toute l'information nécessaire à l'étude de la présente demande de prestations pour invalidité, je consens à ce que tout médecin, professionnel de la santé et établissement de santé ou de services sociaux communiquent à Retraite Québec les renseignements médicaux, psychosociaux et administratifs pertinents qu'ils détiennent à mon sujet.

Ce consentement vaut aussi pour mes employeurs ainsi que pour la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, la Société de l'assurance automobile du Québec, le Secrétariat du Conseil du trésor, le Secrétariat de la santé et des services sociaux, les Services-conseils aux gestionnaires des réseaux de l'éducation ainsi que pour les administrateurs de régimes d'assurance invalidité à qui j'ai fait une demande de prestations en raison de mon état de santé.

À moins d'une révocation écrite de ma part, le présent consentement demeure en vigueur, même en cas de décès, jusqu'à la décision définitive de Retraite Québec. Il vise les renseignements médicaux, psychosociaux et administratifs présents à mon dossier de même que ceux qui seront obtenus par la suite jusqu'à la décision définitive.

Para que Retraite Québec disponha de todas as informações necessárias para análise desse requerimento de prestações por invalidez, consinto a qualquer médico, profissional da saúde e instituição de saúde ou serviços sociais que forneça a Retraite Québec informações médicas, psicossociais e administrativas pertinentes a meu respeito.

Esse consentimento é extensivo também aos meus empregadores, à Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), à Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), à Secrétariat du Conseil du trésor, à Secrétariat de la santé et des services sociaux, aos Services-conseils aux gestionnaires des réseaux de l'éducation e aos administradores do Regime de Seguro Invalidez a quem apresentei requerimento de prestações devido ao meu estado de saúde.

Salvo revogação expressa assinada por mim, esse consentimento permanece vigente, mesmo em caso de falecimento, até decisão final de Retraite Québec. Esse instrumento engloba as informações médicas, psicossociais e administrativas contidas em meu protocolo, assim como as informações que serão obtidas posteriormente e até decisão definitiva.

Signature : _____ Date : _____
Assinatura: _____ Data: _____
année/ano mois/mês jour/dia

Autorisation de divulguer la décision Autorização para divulgação da decisão

4.3 J'autorise Retraite Québec à transmettre les renseignements concernant sa **décision**, c'est-à-dire l'acceptation ou le refus de la présente demande, le montant de la prestation et la date de son début s'il y a lieu, à l'institution compétente ou à l'organisme de liaison du Brésil.

*Autorizo Retraite Québec a fornecer as informações relativas à sua **décisão**, ou seja, a aceitação ou negação desse requerimento, o valor da prestação e a data de vigência da mesma, se aplicável, ao órgão competente ou organismo de ligação do Brasil.*

Signature : _____ Date : _____
Assinatura: _____ Data: _____
année/ano mois/mês jour/dia

--	--	--

Partie / Parte 5

Partie à faire remplir par l'organisme compétent du Brésil Parte a ser preenchida pelo organismo competente do Brasil

5.1 Date de présentation de la demande
Data de recebimento do requerimento

année / ano mois / mês jour / dia

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

Renseignements sur le cotisant Informações sobre o contribuinte

5.2 Nom et prénom du cotisant
Sobrenome e nome do contribuinte

Date de naissance
Data de nascimento

année / ano mois / mês jour / dia

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

Vérifiée
Verificada

Date du mariage
Data de casamento

année / ano mois / mês jour / dia

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

Vérifiée
Verificada

Date du divorce
Data de divórcio

année / ano mois / mês jour / dia

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

Vérifiée
Verificada

Date de la séparation légale
Data de separação judicial

année / ano mois / mês jour / dia

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

Vérifiée
Verificada

Renseignements sur les enfants Informações sobre filhos

5.3 Noms et prénoms
Sobrenomes e nomes

Dates de naissance
Data de nascimento

année / ano mois / mês jour / dia

Vérifiée
Verificada

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

Vérifiée
Verificada

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

Vérifiée
Verificada

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

Vérifiée
Verificada

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

Vérifiée
Verificada

Attestation de l'organisme Atestado do organismo

5.4 J'atteste que les données relatives à l'état civil inscrites sur le présent formulaire ont été tirées des documents originaux fournis par le demandeur.
Atesto que os dados relativos ao estado civil registrados nesse formulário foram extraídos dos documentos originais apresentados pelo solicitante.

Nom de l'organisme :
Nome do organismo: _____

Signature :
Assinatura: _____

Date :
Data: année / ano mois / mês jour / dia

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

Prénom, nom de famille et titre du fonctionnaire autorisé
Nome, sobrenome e cargo do funcionário autorizado

Cachet
Carimbo

Cachet Carimbo
