

**ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE A REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL OS ESTADOS
UNIDOS DA AMÉRICA
AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN THE FEDERATIVE REPUBLIC OF BRAZIL AND UNITED
STATES OF AMERICA**

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE APOSENTADORIA POR IDADE
APPLICATION FORM FOR BRAZILIAN OLD-AGE**

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER APRESENTADO À INSTITUIÇÃO COMPETENTE NOS ESTADOS UNIDOS DA AMERICA OU NO BRASIL. /

THIS FORM MUST BE SUBMITTED TO THE COMPETENT INSTITUTION IN UNITED STATES OF AMERICA OR BRAZIL.

A DATA DA SOLICITAÇÃO DEVE SER COMPLETADA PELA INSTITUIÇÃO COMPETENTE /

DATE OF APPLICATION TO BE COMPLETED BY THE COMPETENT INSTITUTION

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

| | |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | INSTITUIÇÃO COMPETENTE OU ORGANISMO DE LIGAÇÃO DESTINATÁRIO / COMPETENT INSTITUTION OR RECIPIENT LIAISON AGENCIES |
| 1.1 | Denominação / Name: |
| 1.2 | Endereço/ Address : |
| 1.3 | Telefone /Telephone : |
| 1.4 | E-mail: |

AS SEÇÕES DE 2 A 6 DEVEM SER PREENCHIDAS PELO SEGURADO / THE SECTIONS 2-6 MUST BE COMPLETED BY THE INSURED PERSON

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 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 |
| 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 |

| 4 DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES NO BRASIL, ESTADOS UNIDOS E OUTROS PAÍSES / INSURED PERSON'S WORK HISTORY IN BRAZIL, UNITED STATES 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 ou Numero de Identificação / Corporate Taxpayer Registry-CNPJ or Identification number | País / Country | Regime de Previdência a que estava coberto / Activity and the Social Security Regime that was covered | Atividade / Activity | Desde / From (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy) | Até / To (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy) |
| | | | | | __/__/__ | __/__/__ |
| | | | | | __/__/__ | __/__/__ |
| | | | | | __/__/__ | __/__/__ |
| | | | | | __/__/__ | __/__/__ |
| | | | | | __/__/__ | __/__/__ |

| 5 DADOS BANCÁRIOS / BANKING DETAILS | | Brasil / Brazil <input type="checkbox"/> | Estados Unidos / United States <input type="checkbox"/> |
|------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Nome do titular / Holder's name | | | |
| Nome do Banco / Bank's name | | | |
| Número da Agência Bancária / Banking Agency Number | | | |
| Nome da Agência Bancária / Banking Agency Name | | | |
| Endereço do Banco / Bank's address | | | |
| Código bancário BIC/SWIFT / Bank identification Code (BIC/SWIFT) | | | |
| Número da Conta Bancária / Account Number | | | |
| IBAN | | | |

6 DECLARAÇÃO DO REQUERENTE / APPLICANT STATEMENT

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 estadunidenses a trocar todas as informações e documentos que se relacionam a este requerimento de benefício.

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 United States to exchange all information and documents relating to this application for benefits.

Local / Place: _____

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

 Assinatura do requerente / Applicant Signature

A CARGO DO ORGANISMO DE LIGAÇÃO / TO BE COMPLETED BY THE LIASON BODY

7 ORGANISMO DE LIGAÇÃO / LIASON BODY

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

 Carimbo / Stamp

 Assinatura / Signature