

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

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PENSÃO POR MORTE  
APPLICATION FORM FOR BRAZILIAN SURVIVOR'S PENSION**

**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 MUST BE COMPLETED BY THE COMPETENT INSTITUTION**

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

<b>1 INSTITUIÇÃO COMPETENTE OU ORGANISMO DE LIGAÇÃO DESTINATÁRIO / COMPETENT INSTITUTION OR RECIPIENT LIAISON AGENCIES</b>	
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 SOLICITANTE / THE SECTIONS 2-6 MUST BE COMPLETED BY THE  
REQUESTER**

<b>2 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>DADOS DO NASCIMENTO / BIRTH DATA</b>		
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



**OBS.: QUANDO A SOLICITAÇÃO FOR DE DEPENDENTE INVÁLIDO, DEVERÁ SER ANEXADO O FORMULÁRIO BRA-USA 08 (RELATÓRIO MÉDICO) / FORM BRA-USA 08 (MEDICAL REPORT) MUST BE ATTACHED TO APPLICATIONS FOR DISABLED DEPENDENTS.**

3 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	Desde / From (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)	Até / To (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)
					__/__/__	__/__/__
					__/__/__	__/__/__
					__/__/__	__/__/__
					__/__/__	__/__/__
					__/__/__	__/__/__

<b>4</b>	<b>DADOS RELATIVOS AO REQUERENTE DE PENSÃO POR MORTE / APPLICANT DETAILS REQUIRED FOR A SURVIVOR'S PENSION</b>	
<b>Nome do segurado / Insured's</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>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 / DOCUMENTATION PROVING MARITAL STATUS									
Solteiro / Single <input type="checkbox"/>	Casado / Married <input type="checkbox"/>	Viúvo / Widow <input type="checkbox"/>	Divorciado / Divorced <input type="checkbox"/>	Separado / Separated <input type="checkbox"/>					
Documento brasileiro / Brazilian document	Nº do Documento. / Document No.	Cartório/ Notarization Office	Livro / Book	Folha / Sheet	Data de Expedição / Issuance date (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy) ____/____/____				
Documento Estadunidense / United States document		Nome do departamento de expedição / Name of the issuing Institution			Data de expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy) ____/____/____				
Data de inicio da união estável / Union Stable Starting Date: ____/____/____		Data do Casamento / Data of Marriage: ____/____/____							
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO / IDENTIFICATION DOCUMENT									
<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 Estadunidense / United States Identification Document Number _____								
<input type="checkbox"/>	Outro País/Other Country _____								
Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil / Brazilian Individual Taxpayer Registration: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%; height: 20px;"> _ _ _ </td> <td style="width:25%; height: 20px;"> _ _ _ </td> <td style="width:25%; height: 20px;"> _ _ _ </td> <td style="width:25%; height: 20px;"> _ _ </td> </tr> </table>						_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _
_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _						
Número de Identificação do Trabalhador- NIT no Brasil / Brazilian Worker's Identification Number – NIT: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%; height: 20px;"> _ _ _ </td> <td style="width:25%; height: 20px;"> _ _ _ </td> <td style="width:25%; height: 20px;"> _ _ _ </td> <td style="width:25%; height: 20px;"> _ _ </td> </tr> </table>						_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _
_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _						
Número do Seguro Social Estadunidense / United States Social Insurance Number: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%; height: 20px;"> _ _ _ _ _ _ _ _ _ </td> </tr> </table>						_ _ _ _ _ _ _ _ _			
_ _ _ _ _ _ _ _ _									
DADOS RESIDENCIAIS / HOME ADDRESS									
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:				Telephone / Telephone number					
E-mail									
Data de chegada ao Brasil (dd/mm/aaaa) / Date of arrival in Brazil (dd/mm/yyyy): ____/____/____									
Data de saída do Brasil (dd/mm/aaaa) / Date of departure from Brazil (dd/mm/yyyy): ____/____/____									

5 DADOS RELATIVOS AO PROCURADOR OU REPRESENTANTE LEGAL (se for o caso) / LEGAL REPRESENTATIVE DETAIL (if applicable) / ANEXAR DOCUMENTO COMPROBATÓRIO / ATTACH SUPPORTING DOCUMENTATION EVIDENCE			
Nome e sobrenome / Name and Last name			
Data de Nascimento / Date of Birth : ____/____/____			
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PROCURADOR/IDENTIFICATION DOCUMENT OF LEGAL REPRESENTATIVE			
<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 Estadunidense / United States 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"/>
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"/>
DADOS RESIDENCIAIS / HOME ADDRESS			
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:			

6 INFORMAÇÕES SOBRE O ÓBITO / INFORMATION ABOUT THE DEATH					
<b>DADOS DO ÓBITO / DEATH DETAILS</b>					
Data do óbito (dd/mm/aaaa) / Date of death (dd/mm/yyyy)    ____/____/____				Lugar do óbito / Place of Death	
Documento brasileiro / Brazilian document	Nº da Certidão de Óbito / Death certificate number	Cartório / Notarization Office	Livro / Book	Folha / Sheet	Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy) ____/____/____
Documento Estadunidense / United States document	Tipo do Documento / Document type		Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy) ____/____/____		
<b>CAUSA DO ÓBITO / CAUSE OF DEATH</b>					
Doença Comum / Common Disease <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho / On-the-job Accident <input type="checkbox"/>	Doença Profissional / Occupational Disease <input type="checkbox"/>	Acidente de Qualquer Natureza / Accident of Any Kind <input type="checkbox"/>		
Era Titular de um Benefício brasileiro? / Was the deceased entitled to a Brazilian benefit?					
SIM / YES <input type="checkbox"/>			NÃO / NO <input type="checkbox"/>		
Número do Benefício brasileiro / Brazilian benefit number:					

7 DADOS RELATIVOS AOS FAMILIARES E ASSEMELHADOS (DEPENDENTES) DO SEGURADO / DETAILS REGARDING THE INSURED PERSON'S FAMILY MEMBERS					
Nome e sobrenome / First name and last name	Data de Nascimento (dd/mm/aaaa) / Date of birth (dd/mm/yyyy)	Documento de Identificação / Identification Document Tipo de documento no campo 1, número do documento no campo 2 e País Emissor no campo 3./ Document Type in field 1, document number in the field 2 and Issuing Country Field 3	Dependência Econômica / Economic dependence  Sim /Yes ou / or Não / No	Tipo de Parentesco / Type of Relationship to the insured	Incapacitado / Disabled  Sim / Yes ou / or Não / No *
	__/__/__	1			
		2			
		3			
	__/__/__	1			
		2			
		3			
	__/__/__	1			
		2			
		3			
	__/__/__	1			
		2			
		3			
	__/__/__	1			
		2			
		3			
	__/__/__	1			
		2			
		3			



8	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			

9	DECLARAÇÃO DO REQUERENTE / APPLICANT STATEMENT
<p data-bbox="134 1087 1523 1178">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.</p> <p data-bbox="134 1209 1523 1299">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.</p> <p data-bbox="228 1352 792 1383">Local / Place: _____</p> <p data-bbox="347 1493 724 1570">_____/_____/_____ Data da solicitação (dd/mm/aaaa) / Date of Application (dd/mm/yyyy)</p> <p data-bbox="894 1493 1471 1545">_____ Assinatura do requerente / Applicant signature</p>	

10	TERMO DE RESPONSABILIDADE / TERM OF RESPONSIBILITY
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Local / Place: _____</p> <p style="text-align: center;">_____/_____/_____ Data da solicitação (dd/mm/aaaa) / Date of Application (dd/mm/yyyy)</p> <p style="text-align: right;">_____ Assinatura do requerente / Applicant signature</p>	

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

11	ORGANISMO DE LIGAÇÃO DO PAÍS DE ORIGEM/ LIASON BODY OF THE COUNTRY OF ORIGIN
Denominação/Name :	
Endereço/Address :	
Telefone/Telephone :	
E-mail:	
<p>Local e Data (dd/mm/aaaa) / Place and Date (dd/mm/yyyy): _____, ____/____/____.</p> <p style="text-align: center;">_____ Carimbo / Stamp</p> <p style="text-align: right;">_____ Assinatura / Signature</p>	