

**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 APOSENTADORIA POR INVALIDEZ  
APPLICATION FORM FOR BRAZILIAN DISABILITY BENEFIT**

**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</b>	<b>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 2-6 DEVEM SER PREENCHIDAS PELO SOLICITANTE / THE SECTIONS 2-6 MUST BE COMPLETED BY THE REQUESTER**

<b>2</b>	<b>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 / 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) ____/____/____
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: [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ]					
Número de Identificação do Trabalhador- NIT no Brasil / Brazilian Worker's Identification Number – NIT: [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ]					
Número do Seguro Social Estadunidense / United States Social Insurance Number: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
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					
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): ____/____/____					

**OBS.: DEVERÁ SER ANEXADO O FORMULÁRIO RELATÓRIO MÉDICO BRA-USA 08 / MEDICAL REPORT BRA-USA 08 MUST BE ATTACHED**

<b>3</b>	<b>DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES NO BRASIL, ESTADOS UNIDOS E OUTROS PAÍSES / INSURED PERSON'S WORK HISTORY IN BRAZIL, UNITED STATES AND OTHER COUNTRIES</b>
----------	--

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 da Empresa / Corporate Taxpayer Registry-CNPJ or Company Identification Number	País / Country	Regime de Previdência a que estava coberto / Social Security Regime that was covered	Atividade/Activity	Desde / From (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)	Até / To (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)
					_/_/_/	_/_/_/
					_/_/_/	_/_/_/
					_/_/_/	_/_/_/
					_/_/_/	_/_/_/
					_/_/_/	_/_/_/

- Nota (\*): Para períodos de atividades nos Estados Unidos e outros países, informar o último dia de trabalho no formato dd/mm/aaaa.
- Note (\*): For periods of activity in the United States and other Countries, report the last working day in the format dd/mm/yyyy.

<b>4</b>	<b>DADOS RELATIVOS AO PROCURADOR OU REPRESENTANTE LEGAL (se for o caso) / LEGAL REPRESENTATIVE DETAIL (if applicable) / ANEXAR DOCUMENTO COMPROBATORIO / ATTACH SUPPORTING DOCUMENTATION EVIDENCE</b>
----------	---

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:

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

Número de Identificação do Trabalhador- NIT no Brasil / Brazilian Worker's Identification Number – NIT:

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

**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:		

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
<p>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 <b>estadunidenses</b> a trocar todas as informações e documentos que se relacionam a este requerimento de benefício.</p> <p>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 <b>United States</b> to exchange all information and documents relating to this application for benefits.</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 THE LIASON BODY

7 ORGANISMO DE LIGAÇÃO DO PAÍS DE ORIGEM/ LIASON BODY OF THE COUNTRY OF ORIGIN	
Denominação/Name :	
Endereço/Address :	
Telefone/Telephone :	
E-mail:	
Local e Data (dd/mm/aaaa) / Place and Date (dd/mm/yyyy): _____, ____/____/____.	
_____	_____
Carimbo / Stamp	Assinatura / Signature