

**ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE A REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL E O CANADÁ  
AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN THE FEDERATIVE REPUBLIC OF BRAZIL AND CANADA**

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

**ESTE FORMULÁRIO DEVE SER APRESENTADO À INSTITUIÇÃO COMPETENTE NO CANADÁ OU NO BRASIL /  
THIS FORM MUST BE SUBMITTED TO THE COMPETENT INSTITUTION IN CANADA 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 DESTINATÁRIA / ADDRESSEE INSTITUTION</b>
Denominação / Name:	
<b>Se estiver no Canadá / If you are in Canada</b> International Operations Service Canada Ottawa ON K1A 0L4 Canada	<b>Se estiver no Brasil / If you are in Brazil</b> Agência da Previdência Social Atendimento Acordos Internacionais Brasília Endereço: SAUS Quadra 04, Bloco K, Sala 501, Brasília - Distrito Federal - Brasil CEP: 70.070-927

**AS SEÇÕES DE 2-10 DEVEM SER PREENCHIDAS PELO REQUERENTE / THE SECTIONS 2-10 MUST BE COMPLETED BY THE APPLICANT**

<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>Nome do pai / Father'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

CERTIDÃO APRESENTADA QUE COMPROVA O ESTADO CIVIL / CERTIFICATE PRESENTED THAT PROVES THE MARITAL STATUS									
Solteiro / Single <input type="checkbox"/>	Casado / Married <input type="checkbox"/>	União Estável / Common- law <input type="checkbox"/>	Viúvo / Widow <input type="checkbox"/>	Divorciado / Divorced <input type="checkbox"/>	Separado / Separated <input type="checkbox"/>				
Documento brasileiro / Brazilian document	Cartório Notarization Office /	Livro / Book	Folha / Sheet	Data de Expedição / Date of issue (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)  ____/____/____	Número do Documento. / Document Number				
Documento Canadense / Canadian 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 Canadense / Canadian 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 Canadense / Canadian Social Insurance Number (SIN):  <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>									
DADOS RESIDENCIAIS / HOME ADDRESS									
País / Country		Estado / Province		Cidade /City					
Rua / Street Bairro / Neighbourhood (if applicable) Logradouro / Sidewalk (if applicable)				CEP / Postal Code					
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.: QUANDO A SOLICITAÇÃO FOR DE DEPENDENTE INVÁLIDO MAIOR DE 18 (DEZOITO) ANOS, DEVERÁ SER ANEXADO O FORMULÁRIO BRA-CAN 09 (RELATÓRIO MÉDICO) / FORM BRA-CAN 09 (MEDICAL REPORT) MUST BE ATTACHED TO APPLICATIONS FOR DISABLED DEPENDENTS OVER THE AGE OF 18 YEARS.**

3 DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES NO BRASIL, CANADÁ E OUTROS PAÍSES / INSURED PERSON'S WORK HISTORY IN BRAZIL, CANADA 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 / Corporate Taxpayer Registry-CNPJ	País / Country	Atividade e o regime de Previdência a que estava coberto / Activity and the Social Security Regime that was covered	Desde / From (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)	Até / To (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)	Observações / Observations
				__/__/__	__/__/__	
				__/__/__	__/__/__	
				__/__/__	__/__/__	
				__/__/__	__/__/__	
				__/__/__	__/__/__	

4 DADOS RELATIVOS AO REQUERENTE DE PENSÃO POR MORTE / APPLICANT DETAILS REQUIRED FOR A SURVIVOR'S PENSION		
<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>Nome do pai / Father's name</b> Primeiro nome / First name	Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last name
DADOS DO NASCIMENTO / BIRTH DATA		
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"/>	União Estável / Common-law <input type="checkbox"/>	Viúvo / Widow <input type="checkbox"/>	Divorciado / Divorced <input type="checkbox"/>	Separado / Separated <input type="checkbox"/>															
Documento brasileiro / Brazilian document	Cartório / Notarization Office	Livro / Book	Folha / Sheet	Data de Expedição / Issuance date (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy) ____/____/____	Nº do Documento. /Document No															
Documento Canadense / Canadian 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 Canadense / Canadian Identification Document Number _____																				
<input type="checkbox"/> Outro País/Other Country _____																				
Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil / Brazilian Individual Taxpayer Registration: <table border="1"> <tr> <td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td> </tr> </table>						□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□						
Número de Identificação do Trabalhador- NIT no Brasil / Brazilian Worker's Identification Number – NIT: <table border="1"> <tr> <td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td> </tr> </table>						□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□							
Número do Seguro Social Canadense / Canadian Social Insurance Number (SIN) <table border="1"> <tr> <td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</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:				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): ____/____/____																				

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							
<b>DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PROCURADOR/IDENTIFICATION DOCUMENT OF LEGAL REPRESENTATIVE</b>							
<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 Canadense / Canadian 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>							
<b>DADOS RESIDENCIAIS / HOME ADDRESS</b>							
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 Canadense / Canadian document	Nome do Documento / Document name		Órgão Emissor / Issuing Agency		Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy)  ____/____/____

CAUSA DO ÓBITO / CAUSE OF DEATH			
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"/>
Havia Solicitado um Benefício brasileiro? / Did the deceased apply for a benefit in Brazil?			
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			

8	DADOS BANCÁRIOS / BANKING DETAILS	Brasil / Brazil <input type="checkbox"/>	Canadá / Canada <input type="checkbox"/>
Nome do titular / Holder's name			
Nome do Banco / Bank's name			
Número e nome da Agência Bancária / Branch's name and code			
Endereço do Banco / Bank's address			
Código bancário BIC/SWIFT / Bank identification Code (BIC/SWIFT)			
Número da Conta Bancária – / Account Number -			

9	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 canadenses 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 Canada 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>	

**10 TERMO DE RESPONSABILIDADE / TERM OF RESPONSIBILITY**

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.

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.

Local / Place: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente / Applicant signature

**A CARGO DA INSTITUIÇÃO COMPETENTE / TO BE COMPLETED BY THE COMPETENT INSTITUTION****11 INSTITUIÇÃO COMPETENTE / COMPETENT INSTITUTION**

A exatidão dos dados pessoais indicados neste formulário foi verificada.  
The accuracy of personal data in this form has been verified.

Relatório médico BRA-CAN 09 em anexo.  
Medical report BRA-CAN 09 attached.

Outras informações / Other information

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Carimbo / Stamp

\_\_\_\_\_  
Assinatura / Signature