## FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE APOSENTADORIA POR IDADE / PENSÃO POR VELHICE

Artigo 2 do Acordo / Artigo 6 do Regulamento Administrativo

## ESTE FORMULÁRIO DEVE SER APRESENTADO AO INSS NO BRASIL OU AO INSS EM MOÇAMBIQUE

A DATA DA SOLICITAÇÃO E O ITEM 1 DEVEM SER PREENCHIDOS PELO INSS NO BRASIL OU PELO INSS EM MOÇAMBIQUE

## A CARGO DA INSTITUIÇÃO COMPETENTE OU ORGANISMO DE LIGAÇÃO:

1	INSTITUIÇÃO COMPETENTE OU ORGANISMO DE LIGAÇÃO DESTINATÁRIO:
1.1	Denominação:
1.2	Número de identificação:
1.3	Endereço:
1.4	Telefone:
1.5	E-mail:

## OS ITENS DE 2 A 7 DEVEM SER PREENCHIDAS PELO SEGURADO:

2	DADOS RELATIVOS AO SEGURADO:	
2.1.	Nome do segurado (Nome completo):	
2.2.	Nome da mãe (Nome completo):	
2.3.	Nome do pai (Nome completo):	
2.4.	Identificação no Brasil:	
	Cadastro de Pessoa Física - CPF:	
	Número de Identificação do Trabalhador - NIT:	
2.5	Identificação em Moçambique:	
	Número Único de Identificação Tributária - NUIT:	
	Número de Beneficiário:	
2.6.	Data de chegada ao país (dd/mm/aaaa):	(indicar o país)
2.7	Data de saída ao país <i>(dd/mm/aaaa)</i> ://	(indicar o país)
2.8.	Dados de nascimento:	

	Cidade:	Es	ado/Província:			País:	
	Data (dd/mm/aaaa):		Sexo:	□м [	□F	Nacionalio	dade:
2.9	Documento de Identificação	o:					
	☐ Brasileiro Tipo:			Número:			Data de Expedição / Emissão (dd/mm/aaaa):
	☐ Moçambique: Tipo:			Número:			/ *Informar a data de
	Outro País: Tipo:			Número:			expedição para documentos emitidos no Brasil ou em Moçambique
2.10	Certidão apresentada que o	comprova o es	tado civil:				
	Solteiro Casa	do	] União Estável	Viúvo		Divorciad	o Separado
	Brasil			☐ Moçambiqu	ıe		
			Cartório/ Conservatória	Termo/Livro/As	ssento:	Folha:	Data de Expedição / Emissão <i>(dd/mm/aaaa)</i>
							//: *Informar a data de
							expedição para documentos emitidos no Brasil ou em Moçambique
2.13	Dados Residenciais:						
	Endereço no Brasil:						
	Estado:			Bairro:			
	Cidade:						
	Rua:			Númer	o:		
	Complemento:						
	CEP:						
	Telefone:						
	E-mail:						
	Endereço em Moçambiqu	ie:					
	Província:	D	istrito:		Po	osto Admini	istrativo /
	Bairro:	Q	uarteirão:		Lo	calidade:	
	Av/Rua:	N	úmero de casa:		CF	P (Caixa Po	ostal):
	Telefone:						
	E-mail:						

3	DADOS RELATIVOS AO PROCURADOR OU REPRESENTANTE LEGAL (se for o caso) :						
3.1	Nome Completo:						
3.2	Data de nascimento:/(dd/mm/aaaa)						
3.3	Local de nascimento (País/Estado/P	rovíncia ou Município/Cidade):					
3.4.	Dados Residenciais:						
	Endereço no Brasil:						
	Estado:	В	Bairro:				
	Cidade:						
	Rua:	N	lúmero:				
	Complemento:						
	CEP:						
	Telefone:						
	E-mail:						
	Fundamenta and Managarhianna.						
	Endereço em Moçambique: Província:	Distrito:	Posto Administrativo /				
	Bairro:	Quarteirão:	Localidade:				
	Av/Rua:	Número de casa:	CP (Caixa Postal):				
	Telefone:						
	E-mail:						
3.5	Documento de Identificação:						
	☐ Brasileiro: Tipo:	Número:		e Expedição / (dd/mm/aaaa):			
	☐ Moçambique: Tipo:	Número:	/	/ / mar a data de			
	☐ Outro País: Tipo:	Número:	expe documer	edição para ntos emitidos no			
3.6.	Identificação no Brasil:		Brasil ou	em Moçambique			
0.0.	Cadastro de Pessoa Física - CPF:						
		odor NIT:					
0.7	Número de Identificação do Trabalha	IGOI - IVII.					
3.7	Identificação em Moçambique:	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·					
	Número Único de Identificação Tribu	taria - NUII:					
	Número de Beneficiário:						

<sup>\*</sup> Anexar documento comprobatório

4	DECLARAÇÃ	O DE ATIV	IDADES N	NO BRASIL E/	OU EM M	OÇAMB	IQUE:					
one	e da Empresa de exerce a atividade	Nº do C Nacion Pessoa J CNPJ (B Número Identifi Tributári (Moçan	nal de lurídica – Brasil) ou Único de icação a - NUIT	País	Regim Previd pelo o estava c	ência qual	Ativic	dade	D (dd/mm			té n/aaaa)
									/	/		/
									/_			/
									/_	/	/_	/
									/_	/	/_	
									/_	/		/
									/_		/	/
											/_	
											/_	
									/_	/		/
									/	/		/
5	DECLARAÇÃ	O DE BEN		RASILEIRO EN	A OUTPO	N DECIM	E DDEV	DENCIÁ				
5.1				r morte de outre					Sim		Não	
	Se <b>sim</b> , preen	her os cam	pos abaixo	D:								
5.2	Tipo do benefí	cio:	Aposenta	ndoria	Pens	ão						
5.3	Origem:	Federal		Estadual			Muni	icipal				
5.4	Tipo de servid	or:	Civil	Militar								
5.5	Data de início	do benefíci	o no regim	ne acima inform	nado:	/		(dd/r	nm/aaaa)			
5.6	Nome do Órgâ	io que cond	cedeu a pe	ensão / aposen	tadoria:							
5.7	Úlitmo valor do	o benefício	recebido (	valor bruto sen	n 13º déci	imo terce	eiro):	/	( <i>mm</i>	/aaaa)		

6	DADOS BANCÁRIOS	BRASIL	☐ MOÇAMBIQUE					
6.1.	Nome Completo do Titular:							
6.2.	Nome do Banco:							
6.3.	Número e nome da Agência Bancária:							
6.4.	.4. Endereço do Banco:							
6.5.	Código Bancário (BIC/SWIFT):							
6.6.	Código IBAN:							
6.7.	Número da Conta Bancária:							
		<u>I</u>						
7	DECLARAÇÃO DO REQUERENTE:							
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 moçambicanas a trocar todas as informações e documentos que se relacionam a este requerimento de benefício.								
A CARGO DA INSTITUIÇÃO COMPETENTE OU ORGANISMO DE LIGAÇÃO:								
8 INSTITUIÇÃO COMPETENTE OU ORGANISMO DE LIGAÇÃO QUE RECEBE O REQUERIMENTO:								
	A conformidade dos dados pessoais indicados neste formulário foi verificada:							
	/							