

| | | |
|--|---|----------------|
| Cidade: | Estado/Província: | País: |
| Data (dd/mm/aaaa): | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Nacionalidade: |
| <p>2.9 Documento de Identificação:</p> <p><input type="checkbox"/> Brasileiro Tipo: Número: Data de Expedição / Emissão (dd/mm/aaaa):</p> <p><input type="checkbox"/> Moçambique: Tipo: Número: <u> </u>/<u> </u>/<u> </u></p> <p><input type="checkbox"/> Outro País: Tipo: Número: <i>*Informar a data de expedição para documentos emitidos no Brasil ou em Moçambique</i></p> | | |
| <p>2.10 Certidão apresentada que comprova o estado civil:</p> <p><input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado</p> <p><input type="checkbox"/> Brasil <input type="checkbox"/> Moçambique</p> <p>Documento (Tipo): Número do Documento: Cartório/Conservatória Termo/Livro/Assento: Folha: Data de Expedição / Emissão (dd/mm/aaaa)</p> <p><u> </u>/<u> </u>/<u> </u>: <i>*Informar a data de expedição para documentos emitidos no Brasil ou em Moçambique</i></p> | | |
| <p>2.13 Dados Residenciais:</p> <p>Endereço no Brasil:</p> <p>Estado: Bairro:</p> <p>Cidade:</p> <p>Rua: Número:</p> <p>Complemento:</p> <p>CEP:</p> <p>Telefone:</p> <p>E-mail:</p> <p>Endereço em Moçambique:</p> <p>Província: Distrito: Posto Administrativo /</p> <p>Bairro: Quarteirão: Localidade:</p> <p>Av/Rua: Número de casa: CP (Caixa Postal):</p> <p>Telefone:</p> <p>E-mail:</p> | | |

| 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/Província ou Município/Cidade): | | |
| 3.4. | Dados Residenciais: | | |
| | Endereço no Brasil: | | |
| | Estado: | Bairro: | |
| | Cidade: | | |
| | Rua: | Número: | |
| | Complemento: | | |
| | CEP: | | |
| | Telefone: | | |
| | E-mail: | | |
| | 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: | | |
| | <input type="checkbox"/> Brasileiro: | Tipo: | Número: Data de Expedição / Emissão (dd/mm/aaaa): |
| | <input type="checkbox"/> Moçambique: | Tipo: | Número: ____/____/____ |
| | <input type="checkbox"/> Outro País: | Tipo: | Número: <i>*Informar a data de expedição para documentos emitidos no Brasil ou em Moçambique</i> |
| 3.6. | Identificação no Brasil: | | |
| | Cadastro de Pessoa Física - CPF: | | |
| | Número de Identificação do Trabalhador - NIT: | | |
| 3.7 | Identificação em Moçambique: | | |
| | Número Único de Identificação Tributária - NUIT: | | |
| | Número de Beneficiário: | | |

* Anexar documento comprobatório

| 4 DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES NO BRASIL E/OU EM MOÇAMBIQUE: | | | | | | |
|--|--|------|--|-----------|-----------------|------------------|
| Nome da Empresa onde exerce a atividade | Nº do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ (Brasil) ou Número Único de Identificação Tributária - NUIT (Moçambique) | País | Regime de Previdência pelo qual estava coberto | Atividade | De (dd/mm/aaaa) | Até (dd/mm/aaaa) |
| | | | | | ___/___/___ | ___/___/___ |
| | | | | | ___/___/___ | ___/___/___ |
| | | | | | ___/___/___ | ___/___/___ |
| | | | | | ___/___/___ | ___/___/___ |
| | | | | | ___/___/___ | ___/___/___ |
| | | | | | ___/___/___ | ___/___/___ |
| | | | | | ___/___/___ | ___/___/___ |
| | | | | | ___/___/___ | ___/___/___ |
| | | | | | ___/___/___ | ___/___/___ |
| | | | | | ___/___/___ | ___/___/___ |

Observações:

| 5 DECLARAÇÃO DE BENEFÍCIO BRASILEIRO EM OUTRO REGIME PREVIDENCIÁRIO BRASILEIRO | | | |
|--|--|--------------------------|--------------------|
| 5.1 | Recebe aposentadoria / pensão por morte de outro regime de previdência brasileiro? | Sim | Não |
| | Se sim , preencher os campos abaixo: | | |
| 5.2 | Tipo do benefício: | Aposentadoria | Pensão |
| 5.3 | Origem: | Federal | Estadual Municipal |
| 5.4 | Tipo de servidor: | Civil | Militar |
| 5.5 | Data de início do benefício no regime acima informado: | ___/___/___ (dd/mm/aaaa) | |
| 5.6 | Nome do Órgão que concedeu a pensão / aposentadoria: | | |
| 5.7 | Último valor do benefício recebido (valor bruto sem 13º décimo terceiro): | ___/___ (mm/aaaa) | |

| 6 | DADOS BANCÁRIOS | <input type="checkbox"/> BRASIL | <input type="checkbox"/> MOÇAMBIQUE |
|------|------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| 6.1. | Nome Completo do Titular: | | |
| 6.2. | Nome do Banco: | | |
| 6.3. | Número e nome da Agência Bancária: | | |
| 6.4. | Endereço do Banco: | | |
| 6.5. | Código Bancário (BIC/SWIFT): | | |
| 6.6. | Código IBAN: | | |
| 6.7. | Número da Conta Bancária: | | |

| 7 | DECLARAÇÃO DO REQUERENTE: |
|---|---------------------------|
| <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 moçambicanas a trocar todas as informações e documentos que se relacionam a este requerimento de benefício.</p> | |
| <p style="text-align: center;">_____/_____/_____ Data da solicitação (dd/mm/aaaa)</p> | |
| <p style="text-align: right;">_____ Assinatura do requerente</p> | |

A CARGO DA INSTITUIÇÃO COMPETENTE OU ORGANISMO DE LIGAÇÃO:

| 8 | INSTITUIÇÃO COMPETENTE OU ORGANISMO DE LIGAÇÃO QUE RECEBE O REQUERIMENTO: |
|--|---|
| <p><input type="checkbox"/> A conformidade dos dados pessoais indicados neste formulário foi verificada:</p> | |
| <p style="text-align: center;">_____/_____/_____ Data (dd/mm/aaaa)</p> | |
| <p style="text-align: right;">_____ Assinatura e carimbo</p> | |