

Data (dd/mm/aaaa):		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Nacionalidade:	
2.9	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:		*Informar a data de expedição para documentos emitidos no Brasil ou em Moçambique	
2.10	Certidão apresentada que comprova o estado civil:				
<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
<input type="checkbox"/> Brasil	<input type="checkbox"/> Moçambique				
Documento (Tipo):	Número do Documento:	Cartório / Conservatória:	Termo/Livro/Assento:	Folha:	Data de Expedição / Emissão (dd/mm/aaaa):
					/ /
					*Informar a data de expedição para documentos emitidos no Brasil ou em Moçambique
2.11	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 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	Atividade	De (dd/mm/aaaa)	Até (dd/mm/aaaa)
					__/__/__	__/__/__
					__/__/__	__/__/__
					__/__/__	__/__/__
					__/__/__	__/__/__
					__/__/__	__/__/__
					__/__/__	__/__/__
					__/__/__	__/__/__
					__/__/__	__/__/__
					__/__/__	__/__/__
					__/__/__	__/__/__
					__/__/__	__/__/__

Observações:

4 DECLARAÇÃO DE BENEFÍCIO BRASILEIRO EM OUTRO REGIME PREVIDENCIÁRIO BRASILEIRO

4.1	Recebe aposentadoria / pensão por morte de outro regime de previdência brasileiro?	Sim	Não
	Se sim , preencher os campos abaixo:		
4.2	Tipo do benefício:	Aposentadoria	Pensão
4.3	Origem:	Federal	Estadual
			Municipal
4.4	Tipo de servidor:	Civil	Militar
4.5	Data de início do benefício no regime acima informado:	____/____/____ (dd/mm/aaaa)	
4.6	Nome do Órgão que concedeu a pensão / aposentadoria:		
4.7	Último valor do benefício recebido (valor bruto sem 13º décimo terceiro):	____/____ (mm/aaaa)	

5 DADOS RELATIVOS AO REQUERENTE DE PENSÃO POR MORTE:						
5.1.	Nome do segurado (<i>Nome completo</i>)					
5.2.	Nome da mãe (<i>Nome Completo</i>):					
5.3.	Nome do pai (<i>Nome Completo</i>):					
5.4.	Identificação no Brasil: Cadastro de Pessoa Física - CPF: Número de Identificação do Trabalhador - NIT:					
5.5	Identificação em Moçambique: Número Único de Identificação Tributária - NUIT: Número de Beneficiário:					
5.6.	Data de chegada ao país (<i>dd/mm/aaaa</i>): ___/___/___					
5.7	Data de saída do país (<i>dd/mm/aaaa</i>): ___/___/___					
5.8.	Dados de nascimento:					
	Cidade:	Estado/Província:		País:		
	Data (<i>dd/mm/aaaa</i>):	Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nacionalidade		
5.9	Documento de Identificação:					
	<input type="checkbox"/> Brasileiro:	Tipo:	Número:	Data de Expedição / Emissão (<i>dd/mm/aaaa</i>):		
	<input type="checkbox"/> Moçambique:	Tipo:	Número:	___/___/___		
	<input type="checkbox"/> Outro País:	Tipo:	Número:	*Informar a data de expedição para documentos emitidos no Brasil ou em Moçambique		
5.10	Certidão apresentada que comprova o estado civil:					
	<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
	<input type="checkbox"/> Brasil			<input type="checkbox"/> Moçambique		
	Documento (Tipo):	Número do Documento:	Cartório / Conservatória:	Termo/Livro/Assento:	Folha:	Data de Expedição / Emissão (<i>dd/mm/aaaa</i>):
						___/___/___
						*Informar a data de expedição para documentos emitidos no Brasil ou em Moçambique
5.11	Para o Brasil:					
	Em caso de união estável informar: data de início: ___/___/___ (<i>dd/mm/aaaa</i>)					
	Para Moçambique:					
	Em caso de união de fato informar: data de início: ___/___/___ (<i>dd/mm/aaaa</i>)					

5.14. 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:

6 DADOS RELATIVOS AO PROCURADOR OU REPRESENTANTE LEGAL (se for o caso):

6.1 Nome Completo:

6.2 Data de nascimento: ___/___/___ (dd/mm/aaaa)

6.3 Local de nascimento (País/Estado/Província ou Município/Cidade):

6.4. 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:		

6.5 Documento de Identificação do Procurador ou Representante Legal:

<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>

6.6. Identificação no Brasil:

Cadastro de Pessoa Física - CPF:

Número de Identificação do Trabalhador - NIT:

6.7. Identificação em Moçambique:

Número Único de Identificação Tributária - NUIT:

Número de Beneficiário:

* Anexar documento comprobatório

7 INFORMAÇÕES SOBRE O ÓBITO:					
7.1 Dados do Óbito:					
Local do Óbito: (País - Estado/Província - Cidade):			Data do Óbito (dd/mm/aaaa):		
_____			____/____/____		
<input type="checkbox"/> Brasil			<input type="checkbox"/> Moçambique		
Certidão de óbito:	Cartório/ Conservatória	Termo/Assento	Livro	Folha	Data de Expedição / Emissão (dd/mm/aaaa)
					____/____/____
7.2 Causa do Óbito					
<input type="checkbox"/> Doença Comum	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho	<input type="checkbox"/> Doença Profissional	<input type="checkbox"/> Acidente de Qualquer Natureza		
7.3 Era Titular de um Benefício brasileiro? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
7.4 Número do Benefício Brasileiro:					

8 DADOS RELATIVOS AOS DEPENDENTES(*) DO SEGURADO					
Nome Completo	Data de Nascimento (dd/mm/aaaa) (campo 1) Local de Nascimento (campo 2)	Documento de Identificação Tipo de documento (campo 1), Número do documento (campo 2) e País Emissor (campo 3).	Dependência Económica Sim ou Não	Tipo de Parentesco	Incapacitado Sim ou Não
	1. ___/___/___ 2. _____	1 2 3			
	1. ___/___/___ 2. _____	1 2 3			
	1. ___/___/___ 2. _____	1 2 3			

DADOS BANCÁRIOS		<input type="checkbox"/> BRASIL	<input type="checkbox"/> MOÇAMBIQUE
9.1.	Nome Completo do Titular:		
9.2.	Nome do Banco:		
9.3.	Número e nome da Agência Bancária:		
9.4.	Endereço do Banco:		
9.5.	Código Bancário (BIC/SWIFT):		
9.6.	Código IBAN:		
9.7.	Número da Conta Bancária:		

10 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;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p>

11 TERMO DE RESPONSABILIDADE

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 na legislação de cada uma das Partes.

_____/_____/_____
Data da solicitação
(dd/mm/aaaa)

Assinatura do requerente

A CARGO DA INSTITUIÇÃO COMPETENTE OU ORGANISMO DE LIGAÇÃO:**12 INSTITUIÇÃO COMPETENTE OU ORGANISMO DE LIGAÇÃO QUE RECEBE O REQUERIMENTO:**

A conformidade dos dados pessoais indicados neste formulário foi verificada:

_____/_____/_____
Data (dd/mm/aaaa)

Assinatura e carimbo

Notas:

(*): Para o Brasil: o dependente inválido maior de 21 (vinte e um) anos ou que tenha deficiência intelectual ou mental ou deficiência grave, deverá anexar o Formulário BRA/MOZ 7 (Relatório Médico de Invalidez).

(*): Para Moçambique: o dependente inválido deverá anexar o Formulário MOZ/BRA 7 (Relatório Médico de Invalidez).