

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE*Artigo 2 do Acordo / Artigo do Acordo de Aplicação***ESTE FORMULÁRIO DEVE SER APRESENTADO AO ORGANISMO DE LIGAÇÃO EM MOÇAMBIQUE OU NO BRASIL****A DATA DA SOLICITAÇÃO E A SEÇÃO 1 DEVEM SER PREENCHIDAS PELO INSS NO BRASIL OU PELO INSS EM MOÇAMBIQUE**Data da Solicitação: ____/____/____
(dd/mm/aaaa)

Data do Último Dia Trabalhado

____/____/____
(dd/mm/aaaa)**A CARGO DA INSTITUIÇÃO COMPETENTE /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:

AS SEÇÕES DE 2 A 8 DEVEM SER PREENCHIDAS PELO SEGURADO

2 REQUERIMENTO DE:	
<input type="checkbox"/>	Aposentadoria por Invalidez / Pensão de Invalidez
<input type="checkbox"/>	Auxílio Doença / Subsídio por Doença

3 DADOS RELATIVOS AO SEGURADO:	
3.1	Nome completo:
3.2	Nome completo da mãe:
3.3	Nome completo do pai:
3.4	Cadastro de Pessoa Física - CPF no Brasil:
3.5	Número de Identificação do Trabalhador - NIT no Brasil:
3.6	Número na Segurança Social de Moçambique:
3.7.	Data de chegada ao país (dd/mm/aaaa): ____/____/____ (indicar o país)
3.8	Data de saída do país (dd/mm/aaaa): ____/____/____ (indicar o país)
3.9.	Dados de nascimento:

4 DADOS RELATIVOS AO PROCURADOR OU REPRESENTANTE LEGAL (se for o caso):			
4.1	Nome Completo:		
4.2	Data de nascimento:	____/____/____	(dd/mm/aaaa)
4.3	Local de nascimento (País/Estado/Província ou Município/Cidade):		
4.4.	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:		
4.5	Documento de Identificação do Procurador ou Representante Legal:		
	<input type="checkbox"/> Brasileiro:	Tipo:	Número:
	<input type="checkbox"/> Moçambique:	Tipo:	Número:
	<input type="checkbox"/> Outro País:	Tipo:	Número:
			Data de Expedição / Emissão (dd/mm/aaaa): ____/____/____
			<i>*Informar a data de expedição para documentos emitidos no Brasil ou em Moçambique</i>
4.6.	Identificação no Brasil:		
	Cadastro de Pessoa Física - CPF:		
	Número de Identificação do Trabalhador - NIT:		
4.7.	Identificação em Moçambique:		
	Número Único de Identificação Tributária - NUIT:		
	Número de Beneficiário:		

* Anexar documento comprobatório

5 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	Atividade e Regime de Previdência pelo qual estava coberto	De (dd/mm/aaaa)	Até (dd/mm/aaaa)	Observações
					__/__/__	
					__/__/__	
					__/__/__	
					__/__/__	
					__/__/__	
					__/__/__	
					__/__/__	
					__/__/__	

6 DECLARAÇÃO DE BENEFÍCIO BRASILEIRO EM OUTRO REGIME PREVIDENCIÁRIO BRASILEIRO:			
6.1	Recebe aposentadoria / pensão por morte de outro regime de previdência brasileiro?		Sim Não
Se sim , preencher os campos abaixo:			
6.2	Tipo do benefício:	Aposentadoria	Pensão
6.3	Origem:	Federal	Estadual Municipal
6.4	Tipo de servidor:	Civil	Militar
6.5	Data de início do benefício no regime acima informado:	____/____/____ (dd/mm/aaaa)	
6.6	Nome do Órgão que concedeu a pensão / aposentadoria:		
6.7	Último valor do benefício recebido (valor bruto sem 13º décimo terceiro):		

7 DADOS BANCÁRIOS:		<input type="checkbox"/> BRASIL	<input type="checkbox"/> MOÇAMBIQUE
7.1.	Nome Completo do Titular:		
7.2.	Nome do Banco:		
7.3.	Número e nome da Agência Bancária:		
7.4.	Endereço do Banco:		
7.5.	Código Bancário (BIC/SWIFT):		
7.6.	Código IBAN:		
7.7.	Número da Conta Bancária:		

8 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.

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

Assinatura do requerente

A CARGO DA INSTITUIÇÃO COMPETENTE OU ORGANISMO DE LIGAÇÃO:**9 INSTITUIÇÃO COMPETENTE OU ORGANISMO DE LIGAÇÃO QUE RECEBE O REQUERIMENTO:**

A exatidão dos dados pessoais indicados neste formulário foi verificada:

Relatório médico BRA-MO 07 em anexo.

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

Assinatura e carimbo