

**ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE A REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL E A CONFEDERAÇÃO DA SUÍÇA  
CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LA REPUBLIQUE FEDERATIVE DU BRESIL ET LA CONFEDERATION SUISSE**

**ATESTADO DE VIDA EMITIDO POR ORGANISMOS DE LIGAÇÃO  
CERTIFICAT DE VIE EMIS PAR DES ORGANISMES DE LIAISON**

**FORMULÁRIO PARA COMPROVAÇÃO DE VIDA DE BENEFICIÁRIO DO ACORDO ENTRE BRASIL E SUÍÇA  
FORMULAIRE DE PREUVE DE VIE DE BÉNÉFICIAIRE DE LA CONVENTION ENTRE LE BRÉSIL ET LA SUISSE**

<b>1</b>	<b>INSTITUIÇÃO DESTINATÁRIA / INSTITUTION DESTINATAIRE</b>
1.1	Denominação / Nom :
1.2	Endereço / Adresse :
1.3	Telefone / Téléphone :
1.4	E-mail: / Courriel :

**2. DADOS DO (A) DECLARANTE / INFORMATIONS DU (DE LA) DÉCLARANT (E)** (Em caso de preenchimento manual, usar letra de forma / Si le formulaire est rempli à la main, écrire en lettres d'imprimerie)

Nome Completo / Nom et Prénom		CPF _____	
Data de Nascimento - dd/mm/aaaa Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Local de Nascimento - cidade/estado/país Lieu de naissance – ville – Etat - Pays	Profissão / Profession	
Número do Documento de Identidade ou Passaporte/ Numéro du Document d'Identité ou Passeport	Data de Expedição (dd/mm/aaaa) – Date de délivrance(jj/mm/aaaa)	Órgão Expeditor/ Autorité émettrice	País / Pays
Nome da Mãe / Nom et prénom de la mère		Número do Benefício / Numéro de la Pension	

<b>ENDEREÇO RESIDENCIAL / ADRESSE</b>		
Endereço Completo – rua, cidade, estado / Adresse complète – rue, ville, Etat		País / Pays
Código Postal / Code Postal	Telefone – código de área + telefone Téléphone – Indicatif + téléphone	E-mail / Courriel

**TERMO DE RESPONSABILIDADE / DÉCLARATION SUR L'HONNEUR**

Declaro, sob as penas da lei, que são verdadeiras e completas as informações prestadas neste documento. 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.

*Je déclare, sous peine de sanctions pénales, que les informations du présent document sont véridiques et complètes. Toute fausse déclaration m'oblige à rembourser le montant indûment perçu et, le cas échéant, me rend passible des pénalités prévues aux articles 171 et 299 du Code Pénal.*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Cidade/Province / Lieu

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data / Date

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente / Signature du Demandeur

