

Acordo de Previdência Social entre a República Federativa do Brasil e o Grão-Ducado de Luxemburgo
Convention de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République Fédérative du Brésil

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE APOSENTADORIA POR INVALIDEZ
FORMULAIRE DE DEMANDE D'UNE PENSION D'INVALIDITÉ

Artigo 8 do Ajuste Administrativo / Article 8 de l'arrangement administratif

N° do processo No Brasil N° du dossier au Brésil	
N° do processo ao Luxemburgo N° du dossier au Luxembourg	

Data da solicitação Date de la demande	____/____/____ (dd/mm/aaaa) / (jj/mm/aaaa)
---	---

1	INSTITUIÇÃO DESTINATÁRIA / INSTITUTION DESTINATAIRE
1.1	Denominação / Dénomination
1.2	Endereço / Adresse Endereço eletrónico / Adresse électronique _____

2	DADOS RELATIVOS AO SEGURADO / DONNÉES RELATIVES À L'ASSURÉ	
Nome do segurado / Nom de l'assuré Primeiro nome / Prénom	Nome do meio / Second prénom	Sobrenome / Nom
Nome da mãe / Nom de la mère Primeiro nome / Prénom	Nome do meio / Second prénom	Sobrenome / Nom
Nome do pai / Nom du père Primeiro nome / Prénom	Nome do meio / Second prénom	Sobrenome / Nom
Cadastro de Pessoa Física-CPF / National Registry of Natural Persons Registre national des personnes physiques-CPF au Brésil		
N° de Inscrição do Trabalhador - NIT no Brasil N° d'inscription – NIT au Brésil _____		
N° de Identificação em Luxemburgo N° d'identification au Luxembourg _____		
2.1 DADOS DO NASCIMENTO / DONNEES DE NAISSANCE		
.Cidade de nascimento / Lieu de naissance	Estado / Etat	País / Pays
Data de nascimento / Date de naissance (dd/mm/aaaa) / (jj/mm/aaaa) ____/____/____	Sexo / Sexe M F	Nacionalidade / Nationalité

2.2 ESTADO CIVIL / ETAT CIVIL

Solteiro / Célibataire <input type="checkbox"/>	Casado / Marié <input type="checkbox"/>	Parceiro / Partenaire <input type="checkbox"/>	Viúvo / Veuf <input type="checkbox"/>	Divorciado / Divorcé <input type="checkbox"/>	Separado / Séparé <input type="checkbox"/>
--	--	---	--	--	---

2.3 DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO/ DOCUMENT D'IDENTIFICATION

Número de identidade Brasileiro/ Numéro de carte d'identité brésilienne	Data de Expedição/ Date de délivrance (dd/mm/aaaa) (jj/mm/aaaa) ____/____/____	Nome do departamento de expedição / Nom du bureau de délivrance
--	---	--

2.4 DADOS RESIDENCIAIS / ADRESSE

País /Pays	CEP/ Code postal	Estado/ Etat	Cidade /Ville
Bairro/ Arrondissement Logradouro/ Rue	Número/ Numéro	Apt., Villa. Etc	
Telefone/Numéro de téléphone	E-mail		

3. INFORMAÇÕES DIVERSAS / INFORMATIONS DIVERSES

- 3.1 Data à qual foi fixado o início da invalidez
Date à laquelle a été fixé le début de l'invalidité _____/____/_____ (dd/mm/aaaa) (jj/mm/aaaa)
- 3.2 Exerço uma atividade profissional
J'exerce une activité professionnelle assalariada / salariée
Não exerço mais uma atividade profissional independente / indépendante
Je n'exerce plus d'activité professionnelle
- 3.3 Data de cessação da atividade profissional / Date de cessation de l'activité professionnelle
assalariada / salariée independente / indépendante _____/____/_____ (dd/mm/aaaa) (jj/mm/aaaa)
- 3.4 Montante do rendimento profissional / Montant du revenu professionnel anual / annuel mensal / mensual

- 3.5 Declaro não ter nenhum rendimento. / Je déclare n'avoir aucun revenu.

4 SE A PESSOA DESEJA SER REPRESENTADA: DADOS RELATIVOS AO PROCURADOR / ANEXAR A PROCURAÇÃO - SI LA PERSONNE SOUHAITE ETRE REPRESENTEE: DONNEES RELATIVES AU MANDATAIRE / ANNEXER LA PROCURATION

Nome do Procurador / Nom du mandataire

Data De Nascimento / Date De Naissance	Nome Da Mãe / Nom De La Mère	Cadastro De Pessoa Física- Cpf No Brasil / Registre National Des Personnes Physiques-Cpf Au Brésil	Documento De Identificação/ Document D'identification
Dados Residenciais / Adresse			
País /Pays	CEP/ Code postal	Estado/ Etat	Cidade /Ville
Bairro/ Arrondissement Logradouro/ Rue	Número/ Numéro		Apt., Villa. Etc
Telefone/Numéro de téléphone		E-mail	

5	DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES NO BRASIL, LUXEMBURGO E OUTROS PAÍSES DÉCLARATION DES ACTIVITÉS AU BRÉSIL, LUXEMBOURG ET AUTRES PAYS					
Nome da Empresa onde exerce atividade Nom de l'employeur auprès duquel a été exercé l'activité	Nº Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica-CNPJ Nº Cadastre national des personnes juridiques-CNPJ Nº de Identificação em Luxemburgo Nº d'identification au Luxembourg	País Pays	Atividade - regime de Previdência a que estava coberto Activité – régime de sécurité sociale	desde (dd/mm/aaaa) du (jj/mm/aaaa)	até (dd/mm/aaaa) au (jj/mm/aaaa)	Observações / Observations
				__/__/__	__/__/__	
				__/__/__	__/__/__	
				__/__/__	__/__/__	
				__/__/__	__/__/__	
				__/__/__	__/__/__	

6		prestações que solicitou prestations que vous avez sollicitées	prestações das quais beneficia prestations dont vous bénéficiez
6.1	Continuação do pagamento do salário no caso de doença Continuation du paiement du salaire en cas de maladie		
6.2	Indenizações do seguro doença para incapacidade de trabalho Indemnités de l'assurance maladie pour incapacité de travail		

6.3	Aposentadoria de invalidez / Pension d'invalidité	
6.4	Aposentadoria de velhice / Pension de vieillesse	
6.5	Pensão port morte / Pension de survivant	
6.6	Renda de acidente do trabalho ou doença profissional Rente d'accident du travail ou maladie professionnelle	
6.7	Prestação de desemprego ou de pré-reforma Prestation de chômage ou de préretraite	
6.8	Prestações familiares / Prestations familiales	
6.9	Reembolso de contribuições Remboursement de cotisations	
6.10	Otros / Autres	
6.11	Natureza da prestação Nature de la prestation	Período ou data de efeito Période ou date d'effet
	1. _____	_____
	2. _____	_____
	3. _____	_____
6.12	Instituição gestora do benefício / Institution débitrice de la prestation	

7	DADOS BANCÁRIOS / DONNÉES BANCAIRES	Brasil/Brésil	Luxemburgo/Luxembourg
7.1	Nomes do titular / Nom du titulaire		
7.2	Nome do Banco Dénomination de la banque		
7.3	Número e nome da Agência Bancária Numéro et nom de l'Agence bancaire		
7.4	Endereço do Banco Adresse de la banque		
7.5	Código bancario BIC / Code bancaire BIC		
7.6	Número da Conta Bancária IBAN - SWIFT Numéro du compte bancaire IBAN - SWIFT		

8	DECLARAÇÃO DO REQUERENTE / DECLARATION DU DEMANDEUR
	<p>Eu declaro que as informações constantes desta solicitação são verdadeiras, completas e de meu conhecimento e comprometo-me a fornecer todas as mudanças ulteriores lá relativas. Autorizo a Instituição Competente indicado ao quadro 8 fornecer às instituições competentes <input type="checkbox"/> do Brasil <input type="checkbox"/> luxemburgueses todas as informações e documentos que se relacionam a este requerimento de benefícios</p>

Je déclare que les informations indiquées dans cette demande sont exactes, complètes et de ma connaissance et je m'engage à fournir tous les changements ultérieurs y relatifs. J'autorise l'institution compétente indiquée au cadre 8 à fournir aux institutions compétentes brésilienne luxembourgeoise toutes les informations et les documents en relation avec cette demande de prestations.

____/____/____
Data da solicitação / Date de la demande

Assinatura do requerente / Signature du demandeur

9	INSTITUIÇÃO DE INSTRUÇÃO / INSTITUTION D'INSTRUCTION
9.1	A exatidão dos dados pessoais indicados neste formulário foi verificada. L'exactitude des données personnelles indiquées dans ce formulaire a été vérifiée.
9.2	Validação de períodos de seguro BRA-LUX 8 em anexo Relevé des périodes d'assurance BRA-LUX 8 en annexe Relatório médico BRA-LUX 9 em anexo Rapport médical BRA-LUX 9 en annexe
9.3	Denominação / Dénomination
9.4	Endereço / Adresse
	Endereço eletrónico / Adresse électronique _____
	8.6 Data / Date _____
	8.7 _____ Carimbo / Cachet _____ Assinatura / Signature _____

B.