

Canada/Brazil Agreement

Applying for a Brazilian survivor's pension

Here is some important information you need to consider when completing your application.

Please ensure you sign the application. If you are signing with a mark, (for example: "X") the signature of a witness is required.

Your application must be supported by documentation. Please submit the documents requested. Failure to complete the application and provide the requested documentation may result in delays in processing your application.

Where original documents are specifically requested, originals must be submitted with your application. You should keep a certified true copy of any originals you send us for your records. Some countries require original documentation which will not be returned to you.

You may submit the original or a photocopy that is certified as true for any of the documents where originals are not required. It is better to send certified copies of documents rather than originals. If you choose to send original documents, send them by registered mail. We will return the original documents to you. We can only accept a photocopy of an original document if it is legible and if it is a certified true copy of the original. Our staff at any Service Canada centre will photocopy your documents and certify them free of charge. If you cannot visit a Service Canada Centre, you can ask one of the following people to certify your photocopy:

Accountant; Chief of First Nations Band; Commissioner for Oaths; Employee of a Service Canada Centre acting in an official capacity; Funeral Director; Justice of the Peace; Lawyer, Magistrate, Notary; Manager of Financial Institution; Medical and Health Practitioners: Chiropractor, Dentist, Doctor, Naturopathic Doctor, Nurse Practitioner, Ophthalmologist, Optometrist, Pharmacist, Psychologist, Registered Nurse; Member of Parliament or their staff; Member of Provincial Legislature or their staff; Minister of Religion; Municipal Clerk; Official of a federal government department or provincial government department, or one of its agencies; Official of an Embassy, Consulate or High Commission; Officials of a country with which Canada has a reciprocal Social Security Agreement; Police Officer; Professional Engineer; Social Worker; Teacher, University Professor.

People who certify photocopies must compare the original document to the photocopy, state their official position or title, sign and print their name, give their telephone number and indicate the date they certified the document.

They must also write the following statement on the photocopy: **This photocopy is a true copy of the original document which has not been altered in any way.**

If a document has information on both sides, both sides must be copied and certified. You cannot certify photocopies of your own documents, and you cannot ask a relative to do it for you.

Return your completed application, forms and supporting documents to:

International Operations
Service Canada
P.O. Box 250
Fredericton NB E3B 4Z6
CANADA

Disclaimer:

This application form has been developed by external sources in cooperation with Employment and Social Development Canada. The content and language contained in the form respond to the legislative needs of those external sources.

**ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE A REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL E O CANADÁ
AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN THE FEDERATIVE REPUBLIC OF BRAZIL AND CANADA**

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PENSÃO POR MORTE
APPLICATION FORM FOR BRAZILIAN SURVIVOR'S PENSION**

**ESTE FORMULÁRIO DEVE SER APRESENTADO À INSTITUIÇÃO COMPETENTE NO CANADÁ OU NO BRASIL /
THIS FORM MUST BE SUBMITTED TO THE COMPETENT INSTITUTION IN CANADA OR BRAZIL**

**A DATA DA SOLICITAÇÃO DEVE SER COMPLETADA PELA INSTITUIÇÃO COMPETENTE /
DATE OF APPLICATION MUST BE COMPLETED BY THE COMPETENT INSTITUTION**

Data da solicitação Date of Application / / (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)

1	INSTITUIÇÃO DESTINATÁRIA / ADDRESSEE INSTITUTION		
Denominação / Name: <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> Se estiver no Canadá / If you are in Canada International Operations Service Canada Ottawa ON K1A 0L4 Canada </td> <td style="vertical-align: top;"> Se estiver no Brasil / If you are in Brazil Agência da Previdência Social Atendimento Acordos Internacionais Brasília Endereço: SAUS Quadra 04, Bloco K, Sala 501, Brasília - Distrito Federal - Brasil CEP: 70.070-927 </td> </tr> </table>		Se estiver no Canadá / If you are in Canada International Operations Service Canada Ottawa ON K1A 0L4 Canada	Se estiver no Brasil / If you are in Brazil Agência da Previdência Social Atendimento Acordos Internacionais Brasília Endereço: SAUS Quadra 04, Bloco K, Sala 501, Brasília - Distrito Federal - Brasil CEP: 70.070-927
Se estiver no Canadá / If you are in Canada International Operations Service Canada Ottawa ON K1A 0L4 Canada	Se estiver no Brasil / If you are in Brazil Agência da Previdência Social Atendimento Acordos Internacionais Brasília Endereço: SAUS Quadra 04, Bloco K, Sala 501, Brasília - Distrito Federal - Brasil CEP: 70.070-927		

AS SEÇÕES DE 2-10 DEVEM SER PREENCHIDAS PELO REQUERENTE / THE SECTIONS 2-10 MUST BE COMPLETED BY THE APPLICANT

2	DADOS RELATIVOS AO SEGURADO / INSURED PERSON'S DETAILS	
Nome do segurado / Insured's name Primeiro nome / First name	Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last name
Nome da mãe / Mother's name Primeiro nome / First name	Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last name
Nome do pai / Father's name Primeiro nome / First name	Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last name
DADOS DO NASCIMENTO / BIRTH DATA		
Cidade de nascimento / Birthplace	Estado / State or Province	País / Country
Data de nascimento / Date of birth (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy) ____ / ____ / ____	Sexo / Gender M ☐ F ☐	Nacionalidade / Nationality

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO/ IDENTIFICATION DOCUMENT

Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil / Brazilian Individual Taxpayer Registration:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

DADOS RESIDENCIAIS / HOME ADDRESS

2/8

OBS.: QUANDO A SOLICITAÇÃO FOR DE DEPENDENTE INVÁLIDO MAIOR DE 18 (DEZOITO) ANOS, DEVERÁ SER ANEXADO O FORMULÁRIO BRA-CAN 09 (RELATÓRIO MÉDICO) / FORM BRA-CAN 09 (MEDICAL REPORT) MUST BE ATTACHED TO APPLICATIONS FOR DISABLED DEPENDENTS OVER THE AGE OF 18 YEARS.

3 DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES NO BRASIL, CANADÁ E OUTROS PAÍSES / INSURED PERSON'S WORK HISTORY IN BRAZIL, CANADA AND OTHER COUNTRIES.						
Nome da Empresa onde exerce a atividade / Company or Employer's Name where the person exerts or has exercised activity	Nº Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica-CNPJ / Corporate Taxpayer Registry-CNPJ	País / Country	Atividade e o regime de Previdência a que estava coberto / Activity and the Social Security Regime that was covered	Desde / From (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)	Até / To (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)	Observações / Observations
				___/___/___	___/___/___	
				___/___/___	___/___/___	
				___/___/___	___/___/___	
				___/___/___	___/___/___	
				___/___/___	___/___/___	

4 DADOS RELATIVOS AO REQUERENTE DE PENSÃO POR MORTE / APPLICANT DETAILS REQUIRED FOR A SURVIVOR'S PENSION		
Nome do segurado / Insured's Primeiro nome / First name	Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last name
Nome da mãe / Mother's name Primeiro nome / First name	Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last name
Nome do pai / Father's name Primeiro nome / First name	Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last name
DADOS DO NASCIMENTO / BIRTH DATA		
Cidade de nascimento / Birthplace	Estado / Province	País / Country
Data de nascimento / Date of birth (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy) ___/___/___	Sexo / Gender M ☐ F ☐	Nacionalidade / Nationality

CERTIDÃO APRESENTADA QUE COMPROVA O ESTADO CIVIL / DOCUMENTATION PROVING MARITAL STATUS					
Solteiro / Single ☐	Casado / Married ☐	União Estável / Common-law ☐	Viúvo / Widow ☐	Divorciado / Divorced ☐	Separado / Separated ☐
Documento brasileiro / Brazilian document	Cartório / Notarization Office	Livro / Book	Folha / Sheet	Data de Expedição / Issuance date (dd/mm/yyyy) / ____/____/____	Nº do Documento. /Document No
Documento Canadense / Canadian document		Nome do departamento de expedição / Name of the issuing Institution		Data de expedição (dd/mm/yyyy) / Date of Issue (dd/mm/yyyy) ____/____/____	
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO / IDENTIFICATION DOCUMENT					
☐ Número do Documento de Identificação Brasileiro / Brazilian Identification Document Number _____			Data de Expedição (dd/mm/yyyy) / Date of Issue (dd/mm/yyyy) ____/____/____		
☐ Número do Documento de Identificação Canadense / Canadian Identification Document Number _____					
☐ Outro País/Other Country _____					
Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil / Brazilian Individual Taxpayer Registration: _____ _____ _____ _____					
Número de Identificação do Trabalhador- NIT no Brasil / Brazilian Worker's Identification Number – NIT: _____ _____ _____ _____					
Número do Seguro Social Canadense / Canadian Social Insurance Number (SIN) _____ _____ _____ _____					
DADOS RESIDENCIAIS / HOME ADDRESS					
País / Country	Estado / Province		Cidade / City	CEP / Postal Code	
Rua / Street Bairro / Neighbourhood (if applicable) Logradouro / Sidewalk (if applicable)				Número / Number	
Apt., Villa. / Apt Number, Village:			Telefone / Telephone number		
E-mail					
Data de chegada ao Brasil (dd/mm/yyyy) / Date of arrival in Brazil (dd/mm/yyyy): ____/____/____					
Data de saída do Brasil (dd/mm/yyyy) / Date of departure from Brazil (dd/mm/yyyy): ____/____/____					

5	DADOS RELATIVOS AO PROCURADOR OU REPRESENTANTE LEGAL (se for o caso) / LEGAL REPRESENTATIVE DETAIL (if applicable) / ANEXAR DOCUMENTO COMPROBATÓRIO / ATTACH SUPPORTING DOCUMENTATION EVIDENCE		
Nome e sobrenome / Name and Last name			
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PROCURADOR/IDENTIFICATION DOCUMENT OF LEGAL REPRESENTATIVE			
☐ Número do Documento de Identificação Brasileiro / Brazilian Identification Document Number _____		Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy) ____/____/____	
☐ Número do Documento de Identificação Canadense / Canadian Identification Document Number _____			
☐ Outro País / Other Country _____			
Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil / Brazilian Individual Taxpayer Registration:			
Número de Identificação do Trabalhador- NIT no Brasil / Brazilian Worker's Identification Number – NIT:			
DADOS RESIDENCIAIS / HOME ADDRESS			
País / Country	Estado / Province	Cidade / City	CEP / Postal Code
Rua / Street Bairro / Neighbourhood (if applicable) Logradouro / Sidewalk (if applicable)			Número / Number
Apt., Villa. / Apt Number, Village:		Telefone / Telephone number	
E-mail:			

6	INFORMAÇÕES SOBRE O ÓBITO / INFORMATION ABOUT THE DEATH				
DADOS DO ÓBITO / DEATH DETAILS					
Data do óbito (dd/mm/aaaa) / Date of death (dd/mm/yyyy) _____/____/____				Lugar do óbito / Place of Death	
Documento brasileiro / Brazilian document	Nº da Certidão de Óbito / Death certificate number	Cartório / Notarization Office	Livro / Book	Folha / Sheet	Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy) ____/____/____
Documento Canadense / Canadian document	Nome do Documento / Document name		Órgão Emissor / Issuing Agency		Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy) ____/____/____

CAUSA DO ÓBITO / CAUSE OF DEATH			
Doença Comum / Common Disease ☐	Acidente de Trabalho / On-the-job Accident ☐	Doença Profissional / Occupational Disease ☐	Acidente de Qualquer Natureza / Accident of Any Kind ☐
Era Titular de um Benefício brasileiro? / Was the deceased entitled to a Brazilian benefit?			
SIM / YES ☐		NÃO / NO ☐	
Havia Solicitado um Benefício brasileiro? / Did the deceased apply for a benefit in Brazil?			
SIM / YES ☐		NÃO / NO ☐	
Número do Benefício brasileiro / Brazilian benefit number:			

7	DADOS RELATIVOS AOS FAMILIARES E ASSEMELHADOS (DEPENDENTES) DO SEGURADO / DETAILS REGARDING THE INSURED PERSON'S FAMILY MEMBERS				
Nome e sobrenome / First name and last name	Data de Nascimento (dd/mm/aaaa) / Date of birth (dd/mm/yyyy)	Documento de Identificação / Identification Document Tipo de documento no campo 1, número do documento no campo 2 e País Emissor no campo 3./ Document Type in field 1, document number in the field 2 and Issuing Country Field 3	Dependência Econômica / Economic dependence Sim /Yes ou / or Não / No	Tipo de Parentesco / Type of Relationship to the insured	Incapacitado / Disabled Sim / Yes ou / or Não / No *
		1			
	__/__/__	2			
		3			
		1			
	__/__/__	2			
		3			
		1			
	__/__/__	2			
		3			
		1			
	__/__/__	2			
		3			
		1			
	__/__/__	2			
		3			

8	DADOS BANCÁRIOS / BANKING DETAILS	Brasil / Brazil ☐	Canadá / Canada ☐
Nome do titular / Holder's name			
Nome do Banco / Bank's name			
Número e nome da Agência Bancária / Branch's name and code			
Endereço do Banco / Bank's address			
Código bancário BIC/SWIFT / Bank identification Code (BIC/SWIFT)			
Número da Conta Bancária – / Account Number -			

9	DECLARAÇÃO DO REQUERENTE / APPLICANT STATEMENT
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 canadenses a trocar todas as informações e documentos que se relacionam a este requerimento de benefício. I certify that the information contained in this application is true and complete to the best of my knowledge and I undertake to provide any information that should change, subsequent to this application. I authorize the competent social security institutions in Brazil and Canada to exchange all information and documents relating to this application for benefits. Local / Place: _____ _____ Data da solicitação (dd/mm/aaaa) / Date of Application (dd/mm/yyyy) _____ Assinatura do requerente / Applicant signature	

10 TERMO DE RESPONSABILIDADE / TERM OF RESPONSIBILITY

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 no art. 171 e 299 do Código Penal.

I hereby sign this Disclaimer and declare to be aware that the occurrence of death or emancipation of dependents must be reported to the INSS within 30 (thirty) days, from the date on which it occurs, by means of a death certificate or supporting document. Non-compliance to this or any false statement made, in addition to forcing the return of undue payment, if applicable, will subject me to the penalties provided for in art. 171 and 299 of the Penal Code.

Local / Place: _____

_____/_____/_____
Data da solicitação (dd/mm/aaaa) /
Date of Application (dd/mm/yyyy)

Assinatura do requerente / Applicant signature

A CARGO DA INSTITUIÇÃO COMPETENTE / TO BE COMPLETED BY THE COMPETENT INSTITUTION**11 INSTITUIÇÃO COMPETENTE / COMPETENT INSTITUTION**

☐ A exatidão dos dados pessoais indicados neste formulário foi verificada.
The accuracy of personal data in this form has been verified.

☐ Relatório médico BRA-CAN 09 em anexo.
Medical report BRA-CAN 09 attached.

☐ Outras informações / Other information

Local e Data (dd/mm/aaaa) / Place and Date (dd/mm/yyyy): _____, ____/____/____.

Carimbo / Stamp

Assinatura / Signature

Canada/Brazil Agreement

Documents and/or information required to support your application [BRA-CAN 05] for a Brazilian survivor's pension

Information to be submitted:

- Brazilian employee identification number (Número de Identificação do Trabalhador (NIT)) for you and for the deceased

Original or certified copies to be submitted:

- Birth certificate for you, for the deceased, for the children and for the dependent siblings of the deceased under age 21
- Death certificate
- Marriage certificate (if applicable)
- Proof of common-law relationship (if applicable)
- Identification document, such as Brazilian identification card (Registro Geral (RG)) or Work and social security card (Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS)) for you and for the deceased
- Individual Taxpayer Registry (Cadastro de Pessoa Física (CPF) or proof of application and CPF registration status for you and for the deceased
- Temporary worker's certificate or employment agency certificate for the deceased
- Documents in support of the deceased's Brazilian insurance periods and types of work activities performed (e.g., Work and Social Security card (CTPS) or other)

IMPORTANT: With the exception of the death certificate, if you have already submitted any of the required documents when you applied for a Canada Pension Plan or Old Age Security benefit, you do not need to resubmit them.