

ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE A REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL E A REPÚBLICA TCHECA
SMLOUVA MEZI ČESKOU REPUBLIKOU A BRAZILSKOU FEDERATIVNÍ REPUBLIKOU O SOCIÁLNÍM ZABEZPEČENÍ

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE APOSENTADORIA POR IDADE
FORMULÁŘ PRO ŽÁDOST O STAROBNÍ DŮCHOD Z BRAZÍLIE

Para aplicação dos artigos 14 - 17 do Acordo e artigos 5 - 7 do Ajuste Administrativo
Pro účely článků 14 až 17 Smlouvy, článků 5 až 7 Správního ujednání

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER APRESENTADO À INSTITUIÇÃO COMPETENTE NA REPÚBLICA TCHECA OU NO BRASIL
TENTO FORMULÁŘ MUSÍ BÝT PŘEDLOŽEN PŘÍSLUŠNÝM INSTITUCÍM V ČESKÉ REPUBLICCE NEBO BRAZÍLII

A DATA DA SOLICITAÇÃO DEVE SER COMPLETADA PELA INSTITUIÇÃO COMPETENTE /
DATUM PODÁNÍ ŽÁDOSTI, KTERÉ VYPLNÍ PŘÍSLUŠNÁ INSTITUTE

Data do requerimento / Datum přijetí žádosti:

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

Carimbo / Razítko:

1 INSTITUIÇÃO DESTINATÁRIA / INSTITUTE, JÍŽ JE FORMULÁŘ URČEN

Denominação e endereço / Název a adresa:

Agência de Previdência Social Atendimento Acordos Internacionais do Rio de Janeiro
Rua Pedro Lessa nº 36 - 5º Andar - Sala 511 – Centro, Rio de Janeiro / RJ
CEP 20.030-030
BRASIL

AS SEÇÕES DE 2-7 DEVEM SER PREENCHIDAS PELO SEGURADO / ČÁSTI 2-7 MUSÍ BÝT VYPLNĚNY POJIŠTĚNOU OSOBOU

2 DADOS RELATIVOS AO SEGURADO / ÚDAJE O POJIŠTĚNÉ OSOBĚ

Nome do segurado / Jméno pojištěné osoby Primeiro nome / Jméno	Nome do meio / Prostřední jméno	Sobrenome / Příjmení
Nome da mãe / Jméno matky Primeiro nome / Jméno	Nome do meio / Prostřední jméno	Sobrenome / Příjmení
Nome do pai / Jméno otce Primeiro nome / Jméno	Nome do meio / Prostřední jméno	Sobrenome / Příjmení

DADOS DO NASCIMENTO / ÚDAJE O NAROZENÍ					
Cidade de nascimento / Místo narození (Obec):		Estado / Provincie:		País / Stát:	
Data de nascimento (dd/mm/aaaa) / Datum narození (dd/mm/rrrr): ____/____/____		Sexo / Pohlaví: ☐ M/M ☐ F/Ž		Nacionalidade / Státní příslušnost:	
CERTIDÃO APRESENTADA QUE COMPROVA O ESTADO CIVIL / DOKLAD O RODINNÉM STAVU					
Solteiro (a) / Svobodný(á) ☐	Casado(a) / Ženatý (vdaná) ☐	Viúvo (a) / Vdovec (vdova) ☐		Divorciado(a) / Rozvedený(á) ☐	Separado(a) / Odloučený(á) ☐
Documento brasileiro / Brazílský doklad:	Número do Documento / Číslo dokladu:	Cartório / Notářský úřad:	Livro / Kniha:	Folha / List:	Data de Expedição / Datum vydání: ____/____/____
Documento da República Tcheca / Český doklad		Nome do departamento de expedição / Název instituce, která jej vydala		Data de expedição (dd/mm/aaaa) / Datum vydání (dd/mm/rrrr): ____/____/____	
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO / DOKLAD TOTOŽNOSTI					
☐ Número do Documento de Identificação Brasileiro ou / Číslo brazilského identifikačního dokladu nebo _____ ☐ Número do Documento de Identificação Tcheco / Číslo dokladu totožnosti v České republice _____ ☐ Outro País / Jiný stát _____			Data de Expedição (dd/mm/aaaa) Datum vydání (dd/mm/rrrr): ____/____/____		
Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil / Individuální registrační číslo daňového poplatníka v Brazílii: ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ Número de Identificação do Trabalhador- NIT no Brasil / Identifikační číslo pracovníka v Brazílii (NIT): ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ Número do nascimento na República Tcheca / Rodné číslo v České Republice: ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____					
DADOS RESIDENCIAIS / ÚDAJE O BYDLIŠTI					
País / Stát:		Estado / Provincie:		Cidade / Obec:	
Rua / Ulice:				CEP / PSČ:	
Bairro / Čtvrť (pokud existuje):				Número / Číslo domu:	

3

4	DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES NO BRASIL, REPÚBLICA TCHECA E OUTROS PAÍSES / PRACOVNÍ HISTORIE POJIŠTĚNÉ OSOBY V BRAZÍLII, ČESKÉ REPUBLICĚ A JINÝCH STÁTECH					
Nome da Empresa onde exerce a atividade / Název společnosti nebo zaměstnavatele, kde daná osoba vykonává nebo vykonávala činnost	Nº Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica-CNPJ / Národní registrační číslo právnických osob - CNPJ	País / Stát	Atividade e o regime de Previdência a que estava coberto / Druh činnosti a systém (režim) sociálního zabezpečení (RGPS a RPPS)	Desde (dd/mm/aaaa) Od (dd/mm/rrrr)	Até (dd/mm/aaaa) Do (dd/mm/rrrr)	Observações / Poznámky
				___/___/___	___/___/___	
				___/___/___	___/___/___	
				___/___/___	___/___/___	
				___/___/___	___/___/___	
				___/___/___	___/___/___	

5	DECLARAÇÃO DE BENEFÍCIO BRASILEIRO EM OUTRO REGIME PREVIDENCIÁRIO / PROHLÁŠENÍ O POBÍRÁNÍ DÁVKY Z JINÉHO SYSTÉMU SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ (REŽIMU)
Recebe aposentadoria / pensão por morte de outro regime de previdencia brasileiro? / Pobíráte starobní či pozůstalostní důchod z jiného brazilského sociálního systému?	
☐ SIM / ANO ☐ NÃO / NE	
Se sim, preencher os campos abaixo / Pokud ANO, uveďte následující:	
Tipo do benefício / Druh důchodu: pensão / pozůstalostní důchod ☐ aposentadoria / starobní důchod ☐	
Origem / Instituce vyplácející důchod: Estadual / Státní ☐ Municipal / Obecní ☐ Federal / Federální ☐	
Tipo de servidor / Zaměstnanecký režim: militar / vojenský ☐ civil / veřejný ☐	
Data de início do benefício no regime acima informado: / Datum začátku pobírání důchodu ve výše uvedeném systému (režimu): _____/_____/_____	
Nome do órgão que concedeu a pensão/aposentadoria: / Název instituce, která výše uvedený důchod přiznala:	
Último valor do benefício recebido (valor bruto/sem 13º décimo terceiro) a data de pagamento (mm/aaaa): / Výše poslední vyplacené dávky (hrubá výše/bez 13. splátky) a datum její výplaty (mm/rrrr): _____/_____/_____	

6	DADOS BANCÁRIOS / BANKOVNÍ ÚDAJE	Brasil / Brazílie ☐	República Tcheca / Česká republika ☐
Nome do titular / Jméno majitele účtu			
Nome do Banco / Název banky			
Número e nome da Agência Bancária / Číslo a název bankovní pobočky			

Endereço do Banco / Adresa banky		
Código bancário (BIC/SWIFT) / Identifikační kód banky (BIC/SWIFT)		
Número da Conta Bancária ou IBAN / Číslo účtu nebo IBAN		

7 DECLARAÇÃO DO REQUERENTE / PROHLÁŠENÍ ŽADATELE(KY)

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 tcheas a trocar todas as informações e documentos que se relacionam a este requerimento de benefício.

Potvrzuji, že informace uvedené v této žádosti jsou podle mého nejlepšího vědomí pravdivé a úplné a zavazuji se poskytnout informace o veškerých změnách nastalých po uplatnění této žádosti. Povoluji příslušným institucím sociálního zabezpečení v Brazílii a České republice vyměňovat si veškeré informace a dokumenty týkající se této žádosti o dávky.

Local / Místo: _____

_____/_____/_____
Data da solicitação (dd/mm/aaaa)
Datum podání žádosti (dd/mm/rrrr)

Assinatura do requerente /
Vlastnoruční podpis žadatele(ky)

8 TERMO DE RESPONSABILIDADE / USTANOVENÍ O ODPOVĚDNOSTI

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.

Prohlašuji a stvrzuji svým podpisem, že jsem si vědom toho, že úmrtí nebo osamostatnění závislých osob musí být nahlášeno INSS do 30 (třiceti) dnů ode dne, kdy k němu došlo, zasláním úmrtního listu nebo jiného odpovídajícího dokladu. Nedodržení tohoto nebo jakékoli nepravdivé prohlášení bude mít za následek nejen povinnost vrácení neoprávněně vyplacených částek, ale bude též podléhat sankcím podle čl. 171 a 299 trestního zákoníku.

Local / Místo: _____

_____/_____/_____
Data da solicitação (dd/mm/aaaa)
Datum podání žádosti (dd/mm/rrrr)

Assinatura do requerente
Vlastnoruční podpis žadatele (ky)

A CARGO DA INSTITUIÇÃO COMPETENTE / VYPLNÍ PŘÍSLUŠNÁ INSTITUCE

9	INSTITUIÇÃO COMPETENTE / PŘÍSLUŠNÁ INSTITUCE
☐	A exatidão dos dados pessoais indicados neste formulário foi verificada / Osobní údaje v tomto formuláři byly ověřeny.
☐	Outras informações / Další informace _____ _____ _____ Local / Místo: _____ Data (dd/mm/aaaa) / Datum (dd/mm/rrrr): ____/____/____. _____ Carimbo / Razítko _____ Assinatura / Podpis

NOTAS / POZNÁMKY

Este formulário deve ser preenchido em caso de requerimento de benefício por idade avançada. Abaixo as informações necessárias. / Tento formulář musí být vyplněn v případě žádosti o starobní důchod. Nezbytné informace jsou uvedeny níže.

Regras vigentes para a aposentadoria por idade: / Aktuální právní úprava starobního důchodu:

- 1-** Regras anteriores à 13 de novembro de 2019 – Anteriores à Vigência da Emenda Constitucional EC 103/2019 / Právní úprava platná před 13.11.2019 – před účinností ústavní novely EC 103/2019.
 - Carência de 180 contribuições / minimální příspěvková doba pojištění činí 180 měsíců
 - idade mínima de 65 anos, se homem, ou 60 anos, se mulher / minimální věk 65 let pro muže a 60 let pro ženy.
- 2-** Regra de transição aplicada para pessoas filiadas até 13 de novembro de 2019 / Přejícná pravidla pro osoby účastné v základním systému sociálního zabezpečení (RGPS) před 13.11.2019:
 - idade mínima de 65 anos, se homem, ou a 62 se mulher / minimální věk 65 let pro muže a 62 let pro ženy.
 - Tempo de contribuição de 15 anos para ambos os sexos / minimální příspěvková doba 15 let bez ohledu na pohlaví;
 - Carência de 180 contribuições para ambos os sexos / minimální příspěvková doba 180 měsíců pro obě pohlaví.
- 3-** Regras aplicadas para pessoas filiadas após 14 de novembro de 2019 / Pravidla pro osoby, jejichž účast v základním systému sociálního zabezpečení (RGPS) začala až po 14.11.2019:
 - Tempo de contribuição de 15 anos para mulher e 20 anos para homem / minimální příspěvková doba 15 let pro ženy a 20 let pro muže;
 - Carência de 180 contribuições / minimální příspěvková doba 180 měsíců;
 - idade mínima de 65 anos, se homem, ou 62, se mulher / minimální věk 65 let pro muže a 62 let pro ženy.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS / POTŘEBNÉ DOKUMENTY

As informações constantes no Cadastro Nacional de Informações Sociais – CNIS, serão consideradas para comprovar filiação à Previdência Social, tempo de contribuição e salário de contribuição, desde que não contenham nenhuma marca de erro. Havendo divergência entre os dados declarados neste formulário e o constante no Cadastro Nacional de Informações Sociais – CNIS, o INSS solicitará a documentação necessária para a correção ou a complementação dos dados. /

Údaje uvedené v Národním registru sociálních informací (CNIS) budou v případě shody s informacemi uvedenými v tomto formuláři považovány za důkaz o účasti na sociálním zabezpečení, příspěvkové době a dosahovaných výdělích. V případě rozporu mezi informacemi uvedenými v tomto formuláři a obsaženými v Národním registru sociálních informací (CNIS) si INSS vyžádá vškerou nezbytnou dokumentaci k opravě či doplnění údajů.

É necessário que você informe o número do Cadastro de Pessoa Física - CPF no campo 2 para que a sua aposentadoria seja concedida. Caso não tenha adquirido o número do CPF, ou este esteja com alguma inconsistência junto à Receita Federal do Brasil, envie juntamente com este requerimento um documento de identidade com foto, que providenciaremos o número, ou solicitaremos a regularização. /

Aby Vám mohl být důchod přiznán, musíte do bodu 2 tohoto formuláře uvést Individuální registrační číslo daňového poplatníka v Brazílii (CPF). Pokud nedisponujete Individuálním registračním číslem daňového poplatníka v Brazílii (CPF) nebo pokud je vedeno řízení s Federálním daňovým úřadem Brazílie, zašlete prosím spolu s touto žádostí doklad totožnosti s Vaší fotografií, abychom pro Vás mohli toto číslo zajistit.

Os documentos pessoais informados neste formulário deverão ser apresentados na Instituição ou Organismo de Ligação do país receptor para validação. / Osobní doklady poskytnuté k tomuto formuláři budou předloženy styčnému místu nebo příslušné instituci přijímajícího státu k ověření.

DO PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO / JAK VYPLNIT TENTO FORMULÁŘ

Campo 1 - A cargo do Organismo de Ligação /
Bod 1 – Adresa přijímající instituce (INSS).

Campo 2 - Preencher os seus dados pessoais completos, informando corretamente conforme solicitado /
Bod 2 – Vyplňte požadované osobní údaje.

Campo 3 - Preencher somente se houver um procurador nomeado /
Bod 3 – Vyplňte požadované údaje v případě právního zástupce (opatrovníka).

Campo 4 - Declare em quais países trabalhou informando o período laborativo /
Bod 4 – Uved'te, ve kterých státech jste pracoval(a) a v jakém období.

Campo 5 - Informe se já recebe um benefício brasileiro em outro regime previdenciário, como por exemplo, no Regime Próprio de Previdência Social /
Bod 5 – Prosím uved'te, zda již pobíráte dávku z Brazílie v rámci jiného systému sociálního zabezpečení, jako je např. *Regime Próprio de Previdência Social*.

Campo 6 - Informe os dados bancários para recebimento do benefício /
Bod 6 – Uved'te prosím požadované bankovní údaje k výplatě důchodu.

Campos 7 e 8 - Assine a declaração para autorizar a troca de informações entre os países deste Acordo e o Termo de Responsabilidade /
Body 7 a 8 – Podepište prosím prohlášení o výměně informací mezi příslušnými institucemi a ustanovení o odpovědnosti.

Campo 9 - A cargo da Instituição Competente ou Organismo de Ligação que recebe o requerimento /
Bod 9 – Potvrzuje instituce, které byl formulář žádosti předložen (odesílající instituce – ČSSZ).