

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 INCAPACIDADE PERMANENTE
FORMULÁŘ PRO ŽÁDOST O INVALIDNÍ 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 INSTITUCE**

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 A 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:	CEP / PSČ:
Rua / Ulice:			Número / Číslo domu:

Bairro / Čtvrť (pokud existuje):
Telefone / Telefon:
E-mail:
Data de chegada ao Brasil (dd/mm/aaaa) / Datum příjezdu do Brazílie (dd/mm/rrrr): ____/____/____
Data de saída do Brasil (dd/mm/aaaa) / Datum odjezdu z Brazílie (dd/mm/rrrr): ____/____/____

OBS.: DEVERÁ SER ANEXADO O FORMULÁRIO RELATÓRIO MÉDICO DE INCAPACIDADE BRA/CZ 213
POZNÁMKA: FORMULÁŘ LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA BRA/CZ 213 MUSÍ BÝT PŘIPOJEN.

3 DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES NO BRASIL, REPÚBLICA TCHECA E OUTROS PAÍSES / PRACOVNÍ HISTORIE POJIŠTĚNÉ OSOBY V BRAZÍLII, ČESKÉ REPUBLICE 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
				____/____/____	____/____/____	
				____/____/____	____/____/____	
				____/____/____	____/____/____	
				____/____/____	____/____/____	
				____/____/____	____/____/____	

4 DADOS RELATIVOS AO PROCURADOR OU REPRESENTANTE LEGAL (se for o caso) - ANEXAR DOCUMENTO COMPROBATÓRIO / ÚDAJE TÝKAJÍCÍ SE PRÁVNÍHO ZÁSTUPCE / OPATROVNÍKA (jsou-li relevantní) - PŘIPOJTE DOKLAD	
Nome e sobrenome / Jméno a příjmení	
Data de nascimento / Datum narození: ____/____/____	
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PROCURADOR / DOKLAD TOTOŽNOSTI PRÁVNÍHO ZÁSTUPCE	
☐ 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 / HOME ÚDAJE O BYDLIŠTI	
País / Stát:	Estado / Provincie:
Cidade / Obec:	CEP / PSČ:
Rua / Ulice:	Número / Číslo domu:
Bairro / Čtvrť (pokud existuje):	
Telefone / Telefon:	

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, preenher 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 tchecas 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.

☐ Relatório médico de incapacidade BRA/CZ 213 em anexo.
Připojena lékařská zpráva BRA/CZ 213.

☐ 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 para solicitar benefício de aposentadoria por Incapacidade Permanente. / Tento formulář musí být vyplněn v případě žádosti o invalidní důchod.

Para segurados que se encontrem permanentemente incapazes de exercer suas atividades laborais ou qualquer outro tipo de serviço que garanta seu sustento. /

Jedná se o dávku pro pojištěnce, kteří nemohou kvůli svému zdravotnímu stavu trvale vykonávat svou pracovní činnost nebo jiný druh služby zajišťující živobytí.

Benefício devido ao cidadão que comprovar 12 meses de contribuições. /

Podmínkou nároku na dávku je splnění minimálně 12 měsíců příspěvkové doby pojištění.

Será devido ao segurado que, estando ou não em gozo de auxílio por incapacidade temporária, for considerado incapaz para o trabalho, por doença ou acidente, e insuscetível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência. /

Tato dávka může být přiznána osobě, která, bez ohledu na fakt, zda pobírá či nepobírá dávky dočasné pracovní neschopnosti, bude shledána práce neschopnou z důvodu nemoci či úrazu bez vidiny výrazného zlepšení zdravotního stavu do té míry, aby mohla opět vykonávat pracovní činnost, která jí zajišťovala živobytí.

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

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 cujos dados devem ser informados neste formulário deverão ser apresentados na Instituição ou Organismo de Ligação do país receptor para validação. /

Osobní doklady poskytnuté k tomuto formuláři mohou být předloženy styčnému místu nebo příslušné instituci přijímajícího státu k ověření.

Devem ser encaminhados: atestado médico, exames de laboratório, atestado de internação hospitalar, atestados de tratamento ambulatorial e outros documentos que possam subsidiar a análise da incapacidade pela perícia médica do INSS. /

Jako podporné doklady pro zhodnocení zdravotního stavu ze strany INSS lze zaslat následující dokumenty: lékařská potvrzení a zprávy, výsledky laboratorních testů, potvrzení o ambulantní léčbě či hospitalizaci a další související dokumenty, které mohou být potřebné pro posouzení zdravotního stavu odborným lékařem INSS.

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 veškeré požadované osobní údaje.

Campo 3 - Declare em quais países trabalhou informando o período laborativo. /

Bod 3 – Uved'te, ve kterých státech jste pracoval(a) a v jakém období.

Campo 4 - Preencher somente se houver um procurador nomeado/

Bod 4 – Vyplňte požadované údaje v případě právního zástupce (opatrovníka).

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 uveďte, 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 – Uveďte 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. /

Bod 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).