

**Requerimento de Pensão por Morte
do Seguro Previdenciário Alemão**

Os esclarecimentos em anexo servem de ajuda para o preenchimento do requerimento. Responda com exatidão às perguntas, assinalando o que lhe couber, e envie em anexo toda a documentação necessária à instrução do pedido.

**Antrag auf Hinterbliebenenrente
aus der Deutschen Rentenversicherung**

Die beiliegenden Erläuterungen sollen Ihnen beim Ausfüllen des Antrages helfen. Bitte beantworten Sie alle Fragen genau, kreuzen Sie Zutreffendes an und fügen Sie alle notwendigen Nachweise bei.

A Dados do Segurado Falecido		Angaben zur Person des verstorbenen Versicherten
1	Número de Seguro Alemão	Deutsche Versicherungsnummer
2	Código - se souber - (só para DRV-Bund)	Kennzeichen - soweit bekannt - (nur für DRV-Bund)
3	CPF (Cadastro de Pessoas Físicas)	CPF (brasilianische Steuernummer)
4	Número de Identificação brasileiro (NIT/PIS/PASEP)	Brasilianische Identifikations-Nummer (NIT/PIS/PASEP)
5	Sobrenomes	Name
6	Prenomes	Vornamen
7	Nome de solteira(o) (Apenas quando houver divergência)	Geburtsname (wenn abweichend)
8	Nomes Anteriores	Frühere Namen
9	Data de Nascimento (Anexar Certidão de Nascimento no original, ou cópia autenticada ou fazer confirmar pelo INSS no Campo N)	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis im Original oder als amtlich bestätigte Kopie beifügen oder im Teil N durch INSS bestätigen lassen.)
10	Lugar de Nascimento (Município, Estado, País)	Geburtsort (Kreis, Land, Staat)
11	Data de Óbito (Anexar Certidão de Óbito no original, ou cópia autenticada ou fazer confirmar pelo INSS no Campo N.)	Sterbedatum (Bitte Sterbeurkunde im Original oder als amtlich bestätigte Kopie beifügen oder im Teil N durch INSS bestätigen lassen.)
12	Sexo	Geschlecht
13	Nacionalidade(s) no momento do falecimento (Anexar comprovante no original, ou cópia autenticada ou fazer confirmar pelo INSS no Campo N.)	Staatsangehörigkeit(en) im Zeitpunkt des Todes (Bitte Nachweis im Original oder als amtlich bestätigte Kopie beifügen oder im Teil N durch INSS bestätigen lassen.)
14	Quando o segurado deixou a Alemanha?	Wann hat der Verstorbene Deutschland verlassen?
15	Último Domicílio na Alemanha (Localidade, Circunscrição, Rua)	Letzter Wohnsitz in Deutschland (Ort, Kreis, Straße)

Número de Seguro Alemão / Deutsche Versicherungsnummer

Código (se souber) /
Kennzeichen (soweit bekannt)**B Dados Pessoais da Viúva / do Viúvo / do Companheiro sobrevivente da união estável (homossexual)**
(Indicar os dados pessoais dos órfãos no Campo G.)**Personalien der Witwe / des Witwers / des hinterbliebenen Lebenspartners**
(Bitte Personalien der Waise(n) im Teil G eintragen)

Encontrará mais informações sobre os sobreviventes de união estável (homossexual) nos esclarecimentos anexos.

Nähere Informationen zum hinterbliebenen Lebenspartner können Sie den Erläuterungen entnehmen.

1	Sobrenomes		Name						
2	Prenomes		Vornamen						
3	Nome de solteira/o (Apenas quando houver divergência)		Geburtsname (wenn abweichend)						
4	Nomes Anteriores		Frühere Namen						
5	Data de Nascimento (Anexar Certidão de Nascimento no original, ou cópia autenticada ou fazer confirmar pelo INSS no Campo N.)	<table border="1"> <tr> <td>Dia Tag</td> <td>Mês Monat</td> <td>Ano Jahr</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr				Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis im Original oder als amtlich bestätigte Kopie beifügen oder im Teil N durch INSS bestätigen lassen.)
Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr							
6	Nacionalidade(s) atual(atuais) (Anexar documento comprovante no original, ou cópia autenticada ou fazer confirmar pelo INSS no Campo N.)		Aktuelle Staatsangehörigkeit(en) (Bitte Nachweis beifügen im Original oder als amtlich bestätigte Kopie oder im Teil N durch INSS bestätigen lassen.)						
7	Endereço		Anschrift						
8	Número de Telefone		Telefonnummer						
9	Número de Telefax		Telefaxnummer						
10	Viveu na Alemanha? Em caso afirmativo, quando deixou a Alemanha?	<input type="checkbox"/> não nein <input type="checkbox"/> sim ja <table border="1"> <tr> <td>Dia Tag</td> <td>Mês Monat</td> <td>Ano Jahr</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr				Haben Sie in Deutschland gelebt? Falls ja, wann haben Sie Deutschland verlassen?
Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr							
11	Número de Seguro do Sobrevivente		Eigene deutsche Versicherungsnummer des Hinterbliebenen						
12	CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) do Sobrevivente		Eigene CPF (brasilianische Steuernummer)						
13	Número de Identificação brasileiro (NIT/PIS/PASEP) do sobrevivente		Eigene brasilianische Identifikationsnummer (NIT/PIS/PASEP)						
14	Número de Identificação alemão para fins fiscais (se souber)		Deutsche Persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke (soweit bekannt)						
15	Data de celebração do casamento / do registro da união estável (homossexual) com o segurado (Anexar Certidão de Casamento / Certificado da união estável (homossexual) devidamente registrada no original, ou cópia autenticada ou fazer confirmar pelo INSS no Campo N.)	<table border="1"> <tr> <td>Dia Tag</td> <td>Mês Monat</td> <td>Ano Jahr</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr				Tag der Eheschließung / der Eintragung der Lebenspartnerschaft mit dem Versicherten (Bitte Heirats- / Lebenspartnerschafts-urkunde im Original oder als amtlich bestätigte Kopie beifügen oder im Teil N durch INSS bestätigen lassen.)
Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr							
16	O matrimônio/a união estável (homossexual) registrada existiu até ao falecimento do segurado?	<input type="checkbox"/> não nein <input type="checkbox"/> sim ja	Bestand die Ehe / Eingetragene Lebenspartnerschaft bis zum Tod des Versicherten?						
17	Contraiu novamente matrimônio / formou novamente união estável (homossexual) registrada após o óbito do segurado? Em caso afirmativo, em	<input type="checkbox"/> não nein <input type="checkbox"/> sim ja <table border="1"> <tr> <td>Dia Tag</td> <td>Mês Monat</td> <td>Ano Jahr</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr				Haben Sie nach dem Tod des Versicherten wieder geheiratet / eine Eingetragene Lebenspartnerschaft begründet? Falls ja, am
Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr							

**C Requerimento apresentado por
Terceiros (Favor anexar procuração)****Antragstellung durch andere
Person (Bitte Vollmacht beifügen)**

1	Sobrenomes		Name
2	Prenomes		Vornamen
3	Endereço		Anschrift
4	Número de Telefone		Telefonnummer
5	Número de Telefax		Telefaxnummer

D Espécie de Prestação Requerida**Beantragte Leistungsart**

1	Pensão por Viuvez / Pensão para o companheiro da união estável (homossexual) registrada	<input type="checkbox"/>	Witwenrente / Witwerrente / Rente an Hinterbliebene aus Eingetragener Lebenspartnerschaft
2	Pensão por Morte decorrente do óbito do penúltimo cônjuge / companheiro de união estável (homossexual) registrada	<input type="checkbox"/>	Witwenrente / Witwerrente nach dem vorletzten Ehegatten / Eingetragenen Lebenspartner
3	Pensão por Viuvez para cônjuges divorciados antes de 01.07.1977 (Anexar sentença de divórcio.)	<input type="checkbox"/>	Witwenrente / Witwerrente an vor dem 01.07.1977 geschiedene Ehegatten (Bitte Scheidungsurteil beifügen.)
4	Pensão por Orfandade (dados sobre os órfãos no Campo G)	<input type="checkbox"/>	Waisenrente (Angaben zu den Waisen in Teil G)

Preencher apenas se ainda não tiver alcançado a idade para receber a grande pensão por viuvez (ver Roteiro, Campo D, pontos 5 e 6)

Nur ausfüllen, falls Sie noch nicht das Alter für eine große Witwenrente erreicht haben (siehe Erläuterungen, Teil D, Punkte 5 und 6).

5	Ainda está educando a uma criança que não tenha completado os 18 anos de idade ou tem que sustentar a uma criança que não está em condições de se manter a si própria devido a ser portadora de uma deficiência? (Anexar Certidão de Nascimento ou certificado comprovante da deficiência.) Em caso afirmativo, indicar: - Nome Completo da criança - Data de Nascimento da Criança	<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja	Erziehen Sie noch ein Kind unter 18 Jahren oder sorgen Sie für ein Kind, das wegen Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten? (Bitte Geburtsnachweis oder Nachweis über die Behinderung beifügen.) Falls ja , bitte angeben: - vollständiger Name des Kindes - Geburtsdatum des Kindes
6	Se estima estar em situação de invalidez? (Anexar os atestados médicos e a documentação correspondente.)	<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja	Halten Sie sich für erwerbsgemindert? (Bitte fügen Sie ärztliche Befunde und Unterlagen bei.)

**E Outros Dados relativos ao
Requerimento de Pensão****Weitere Angaben zum
Rentenantrag**

<p>1 O falecimento do segurado ocorreu devido a acidente de trabalho, doença ocupacional ou semelhante circunstância?</p> <p>Em caso afirmativo, indicar:</p> <p>- Causa</p> <p>- Data do acidente</p>	<p><input type="checkbox"/> não nein</p> <p><input type="checkbox"/> sim ja</p> <p>Dia Tag Mês Monat Ano Jahr</p>	<p>Ist der Tod des Versicherten durch einen Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit o. ä. verursacht worden?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>- Ursache</p> <p>- Tag des Unfalls</p>
<p>2 O falecimento do segurado foi causado por terceira pessoa ou por acidente?</p> <p>Em caso afirmativo, indicar:</p> <p>- Causa</p> <p>- Data do acidente</p> <p>Em caso do falecimento ter sido causado por terceira pessoa: Nome e Endereço do causador da lesão.</p>	<p><input type="checkbox"/> não nein</p> <p><input type="checkbox"/> sim ja</p> <p>Dia Tag Mês Monat Ano Jahr</p>	<p>Ist der Tod des Versicherten durch eine andere Person oder durch einen Unfall verursacht worden?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>- Ursache</p> <p>- Tag des Unfalls</p> <p>Falls der Tod durch eine andere Person verursacht wurde: Bitte Name und Anschrift des Schädigers angeben.</p>
<p>3 Ingressou com pedido de indenização?</p> <p>Em caso afirmativo, contra quem? (Indicar nome e endereço.)</p> <p>Número de Referência</p>	<p><input type="checkbox"/> não nein</p> <p><input type="checkbox"/> sim ja</p>	<p>Wurden Schadensersatzansprüche geltend gemacht?</p> <p>Falls ja, gegen wen? (Bitte Name und Anschrift angeben.)</p> <p>Aktenzeichen</p>
<p>4 O segurado falecido já tinha recebido / requerido aposentadoria brasileira ou estrangeira?</p> <p>Em caso afirmativo, indicar:</p> <p>- Período de Recebimento</p> <p>- Tipo de Aposentadoria</p> <p>- Instituição Seguradora/País (Nome e Endereço)</p> <p>- Número de Seguro, Número de Referência</p>	<p><input type="checkbox"/> não nein</p> <p><input type="checkbox"/> sim ja</p> <p>desde / vom até / bis</p>	<p>Hat der verstorbene Versicherte bereits eine brasilianische oder eine andere ausländische Rente beantragt / bezogen?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>- Zeit des Bezuges</p> <p>- Art der Rente</p> <p>- Versicherungsträger / Staat (Name und Anschrift)</p> <p>- Versicherungsnummer, Aktenszeichen</p>

**F Dados Complementares sobre a Viúva /
o Viúvo / o Companheiro sobrevivente de
união estável (homossexual) registrada****Zusätzliche Angaben der Witwe /
des Witwers / des hinterbliebenen
Lebenspartners**

<p>1 Apresentou requerimento de outras pensões por morte do Brasil, da Alemanha ou de outro país estrangeiro, ou já as recebeu?</p> <p>Em caso afirmativo, indicar:</p> <p>- Instituição Seguradora / País</p> <p>- Número de Seguro, Número de Referência</p>	<p><input type="checkbox"/> não nein</p> <p><input type="checkbox"/> sim ja</p>	<p>Haben Sie weitere Hinterbliebenenrenten aus Brasilien, Deutschland oder dem sonstigen Ausland beantragt oder schon einmal bezogen?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>- Versicherungsträger / Staat</p> <p>- Versicherungsnummer, Aktenszeichen</p>
<p>2 Apresentou requerimento de pensão por morte de um seguro de acidentes brasileiro, alemão ou estrangeiro ou auferiu dela ou recebeu uma indenização devido a um acidente?</p> <p>Em caso afirmativo, indicar:</p> <p>- Instituição Seguradora / País</p> <p>- Número de Seguro, Número de Referência</p>	<p><input type="checkbox"/> não nein</p> <p><input type="checkbox"/> sim ja</p>	<p>Haben Sie eine Hinterbliebenenrente aus der brasilianischen, deutschen oder der Unfallversicherung eines anderen Staates beantragt oder wird eine solche bezogen oder wurde hierfür eine Abfindung gewährt?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>- Versicherungsträger / Staat</p> <p>- Versicherungsnummer, Aktenszeichen</p>

Preencher somente se o matrimônio / a união estável (homossexual) foi contraído/formada

- depois do dia 31.12.2001
- ou antes do dia 1.1.2002, se ambos os cônjuges / companheiros da união estável nasceram depois de 1.1.1962

Nur ausfüllen, wenn die Ehe / Eingetragene Lebenspartnerschaft

- nach dem 31.12.2001 geschlossen wurde oder
- vor dem 1.1.2002 geschlossen wurde und beide Ehegatten / Eingetragenen Lebenspartner nach dem 1.1.1962 geboren sind

3	O próprio / a própria solicitante já educou a uma criança até esta completar três anos de idade?	<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja	Haben Sie selbst ein Kind vor dessen 3. Lebensjahr erzogen?
	Em caso afirmativo , já foram reconhecidos / solicitados períodos dedicados à educação desta criança na Alemanha? A/por que pessoa?	<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja	Falls ja , wurden für dieses Kind bereits deutsche Berücksichtigungszeiten anerkannt / beantragt? Für welche Person?

G Dados Pessoais dos Órfãos

(Anexar comprovante ou fazer confirmar no Campo N)

Para cada órfão que tenha completado os 18 anos de idade é necessário um formulário próprio D / BRA 2 acompanhado de documentos comprovantes sobre a formação escolar, universitária ou profissional.

Personalien der Waise(n)

(Bitte Nachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen)

Für jede Waise, die das 18. Lebensjahr vollendet hat, sind ein eigenes Formblatt D / BRA 2 und Schul- , Hochschul- oder Ausbildungsnachweise notwendig.

1	Sobrenomes do Órfão / da Órfã	Prenomes	Data de Nascimento	Vínculo da criança com o segurado falecido (1)	Para órfãos que tenham completado os 18 anos de idade: Tipo de formação ou "portador de deficiência"	Nacionalidade
	Name der Waise	Vornamen	Geburtsdatum	Kindschaftsverhältnis zum verstorbenen Versicherten (1)	Bei Waisen über 18 Jahre: Art der Ausbildung oder "behindert"	Staatsangehörigkeit
(1) p. ex. filho legítimo, filho ilegítimo, criança enteada (ver Roteiro do Campo G) / z. B. eheliches Kind, nichteheliches Kind, Stiefkind (siehe Erläuterungen zu Teil G)						
2	Endereço, se divergir do endereço da viúva / do viúvo			Anschrift, falls abweichend von der Anschrift der Witwe / des Witwers		

H Dados Complementares sobre os Órfãos

Zusätzliche Angaben zu den Waisen

1	O órfão já requereu ou recebeu um dos seguintes benefícios?	<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja	Wurde von einer Waise eine der folgenden Leistungen beantragt oder werden solche Leistungen bezogen?								
	- Pensão por Orfandade do Seguro Previdenciário Alemão de um dos pais? Em caso afirmativo , indicar: - Prenomes do Órfão			- Waisenrente aus der deutschen Rentenversicherung eines anderen Elternteils? Falls ja , bitte angeben: - Vornamen der Waise								
	- Nome do Pai falecido / da Mãe falecida			- Name des verstorbenen Elternteils								
	- Instituição Seguradora			- Versicherungsträger								
	- Número de seguro ou data de nascimento do pai falecido / da mãe falecida			- Versicherungsnummer oder Geburtsdatum des verstorbenen Elternteils								
			<table border="1"> <tr> <td></td> <td>Dia Tag</td> <td>Mês Monat</td> <td>Ano Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr					
	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr									

Número de Seguro Alemão / Deutsche Versicherungsnummer

Código (se souber) / Kennzeichen (soweit bekannt)

<p>2 - Pensão por orfandade proveniente de um seguro de acidentes brasileiro, alemão ou de outro país?</p> <p>Em caso afirmativo, indicar:</p> <p>- Prenomes do Órfão</p> <p>- Instituição Seguradora / País</p> <p>- Número de Referência</p>	<p><input type="checkbox"/> não nein</p> <p><input type="checkbox"/> sim ja</p>	<p>- Waisenrente aus der brasilianischen, deutschen oder der Unfallversicherung eines anderen Staates?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>- Vornamen der Waise</p> <p>- Versicherungsträger / Staat</p> <p>- Aktenzeichen</p>
<p>3 - Outras prestações por motivo de orfandade de acordo com a legislação alemã</p> <p>Em caso afirmativo, indicar:</p> <p>- Prenomes do Órfão</p> <p>- Nome do Pai falecido / da Mãe falecida</p> <p>- Entidade</p> <p>- Número de Referência</p>	<p><input type="checkbox"/> não nein</p> <p><input type="checkbox"/> sim ja</p>	<p>- sonstige Waisenrenten / -leistungen nach deutschem Recht</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>- Vornamen der Waise</p> <p>- Name des verstorbenen Elternteils</p> <p>- Behörde</p> <p>- Aktenzeichen</p>
<p>4 Número alemão de identificação para fins fiscais (se souber)</p>	<p>_____</p>	<p>Deutsche Persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke (soweit bekannt)</p>

I Dados sobre os Rendimentos Correntes do sobrevivente

Angaben zum eigenen laufenden Einkommen des Hinterbliebenen

<p>1 Recebe ou recebeu, desde o falecimento do segurado, um dos seguintes rendimentos?</p> <p>Salário / remuneração de Trabalho dependente (incluindo subsídios de aposentadoria antecipada, subvenções e indenizações pagos pelo empregador)</p> <p>Atividade profissional autônoma (atividade comercial, trabalho autônomo, atividade na agricultura e silvicultura etc.)</p>	<p><input type="checkbox"/> não nein</p> <p><input type="checkbox"/> sim ja</p>	<p>Beziehen oder bezogen Sie seit dem Tod des Versicherten eine der folgenden Leistungen?</p> <p>Einkommen aus abhängiger Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgelder, Zuschüsse und Abfindungen vom Arbeitgeber)</p> <p>selbständiger Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.)</p>
<p>2 Rendimento substitutivo de curto prazo p. ex. auxílio-doença, auxílio-acidente, subsídio de desemprego ou salário-maternidade, pagos por entidade estatal ou privada</p>	<p><input type="checkbox"/> não nein</p> <p><input type="checkbox"/> sim ja</p>	<p>kurzfristiges Erwerbsersatzeinkommen wie gesetzliches oder privates Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- oder Mutterschaftsgeld</p>
<p>3 Rendimento substitutivo duradouro p. ex. aposentadoria própria proveniente do seguro <u>obrigatório</u> de aposentadorias ou de acidentes alemão, brasileiro ou de outro sistema previdenciário?</p> <p>- Instituição Seguradora / País</p> <p>- Número de Seguro / Número de Referência</p> <p>Aposentadoria própria paga pelo empregador ou prestação de um seguro <u>privado</u> de vida, de acidente ou de aposentadorias</p>	<p><input type="checkbox"/> não nein</p> <p><input type="checkbox"/> sim ja</p>	<p>dauerhaftes Erwerbsersatzeinkommen wie eigene Rente aus der deutschen, brasilianischen oder einer anderen <u>gesetzlichen</u> Renten- oder Unfallversicherung oder einem Versorgungssystem</p> <p>- Versicherungsträger / Staat</p> <p>- Versicherungsnummer / Aktenzeichen</p> <p>eigene Rente vom Arbeitgeber oder aus einer <u>privaten</u> Lebens-, Unfall- oder Rentenversicherung</p>
<p>4 Requereu um rendimento substitutivo de curto prazo ou duradouro?</p>	<p><input type="checkbox"/> não nein</p> <p><input type="checkbox"/> sim ja</p>	<p>Haben Sie ein kurzfristiges oder dauerhaftes Erwerbsersatzeinkommen beantragt?</p>
<p>5 Foi paga uma indenização em vez de uma prestação duradoura?</p>	<p><input type="checkbox"/> não nein</p> <p><input type="checkbox"/> sim ja</p>	<p>Wurde anstelle einer dauerhaften Leistung eine Abfindung gewährt?</p>

<p>6 Rendimento de Patrimônio</p> <ul style="list-style-type: none"> - proveniente de patrimônio de capital (juros, dividendos, lucro de ações e outras participações) - de seguros - de arrendamento / locação - de negócios particulares de alienações 	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> não nein</td> <td><input type="checkbox"/> sim ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> não nein</td> <td><input type="checkbox"/> sim ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> não nein</td> <td><input type="checkbox"/> sim ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> não nein</td> <td><input type="checkbox"/> sim ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja	<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja	<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja	<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja	<p>Vermögenseinkommen</p> <ul style="list-style-type: none"> - aus Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden, Gewinne aus Aktien oder anderen Beteiligungen) - aus Versicherungen - aus Vermietung / Verpachtung - aus privaten Veräußerungsgeschäften 		
<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja											
<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja											
<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja											
<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja											
<p>7 O requerente possui seguro-saúde? (Anexar documento comprovante.)</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> não nein</td> <td><input type="checkbox"/> sim ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja	<p>Sind Sie als Antragsteller krankenversichert? (Bitte Nachweis beifügen)</p>								
<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja											
<p>8 Existem outros filhos com menos de 27 anos, para os quais não é requerida pensão de orfandade por não se tratar de filhos do falecido?</p> <p>Em caso afirmativo, indicar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nome Completo - Data de Nascimento <p>Para os filhos que completaram os 18 anos de idade, indicar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de formação ou - Deficiência (Anexar documento comprovante.) 	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> não nein</td> <td><input type="checkbox"/> sim ja</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">Dia Tag</td> <td style="width: 25%;">Mês Monat</td> <td style="width: 25%;">Ano Jahr</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr						<p>Sind weitere Kinder unter 27 Jahren vorhanden, für die keine Waisenrente beantragt wird, weil sie nicht Kinder des Verstorbenen sind?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vollständiger Name und Vorname des Kindes - Geburtsdatum des Kindes <p>Bei Kindern, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Art der Ausbildung oder - Behinderung (Bitte Nachweis beifügen)
<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja											
Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr										

Dados sobre o Rendimento do sobrevivente no ano anterior ao início do benefício

Angaben zum eigenen Einkommen des Hinterbliebenen im Kalenderjahr vor Rentenbeginn

<p>9 Recebeu no ano anterior ao falecimento do segurado um dos seguintes rendimentos?</p> <p>Salário / Remuneração de Trabalho dependente (incluindo subsídios de aposentadoria antecipada, subvenções e indenizações pagos pelo empregador)</p> <p>Atividade profissional autônoma (atividade comercial, trabalho autônomo, atividade na agricultura e silvicultura etc.)</p> <p>Em caso afirmativo, indicar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Períodos 	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> não nein</td> <td><input type="checkbox"/> sim ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> não nein</td> <td><input type="checkbox"/> sim ja</td> </tr> </table> <table border="0"> <tr> <td>desde / vom</td> <td>até / bis</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">desde / vom</td> <td style="border-top: 1px solid black;">até / bis</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja	<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja	desde / vom	até / bis	desde / vom	até / bis	<p>Bezogen Sie im Kalenderjahr vor dem Tod des Versicherten eine der folgenden Leistungen?</p> <p>Einkommen aus abhängiger Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgelder, Zuschüsse und Abfindungen vom Arbeitgeber)</p> <p>selbständiger Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.)</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zeiträume
<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja									
<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja									
desde / vom	até / bis									
desde / vom	até / bis									
<p>10 Rendimento substitutivo de curto prazo p. ex. auxílio-doença, auxílio-acidente, subsídio de desemprego ou salário-maternidade, pagos por entidade estatal ou privada</p> <p>Em caso afirmativo, indicar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Períodos de Recebimento 	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> não nein</td> <td><input type="checkbox"/> sim ja</td> </tr> </table> <table border="0"> <tr> <td>desde / vom</td> <td>até / bis</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">desde / vom</td> <td style="border-top: 1px solid black;">até / bis</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja	desde / vom	até / bis	desde / vom	até / bis	<p>kurzfristiges Erwerbsersatzeinkommen wie gesetzliches oder privates Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- oder Mutterschaftsgeld</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zeiträume des Bezuges 		
<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja									
desde / vom	até / bis									
desde / vom	até / bis									

Número de Seguro Alemão / Deutsche Versicherungsnummer

Código (se souber) / Kennzeichen (soweit bekannt)

J Dados sobre o Histórico de Seguro Alemão do Segurado Falecido
(Preencher somente se o segurado falecido ainda **não** tiver auferido de uma aposentadoria)

Favor declarar aqui:

- os períodos de emprego
- os períodos de exercício de atividade profissional autônoma
- os períodos de contribuição voluntária
- os períodos substitutivos (p. ex. serviço militar, prisioneiro de guerra; expatriação)

Lance apenas os períodos que **não** estão incluídos no seu histórico de seguro, anexando a respectiva documentação comprobatória. Se necessário, poderá requerer seu histórico de seguro junto da sua Instituição Seguradora Alemã.

J Angaben zum deutschen Versicherungsleben des verstorbenen Versicherten
(nur auszufüllen, wenn der verstorbene Versicherte noch **keine** Rente bezog)

Bitte machen Sie hier Angaben über

- Beschäftigungszeiten
- Zeiten der selbständigen Tätigkeit
- freiwillige Beitragszahlungen
- Ersatzzeiten (z. B. Wehrdienst, Kriegsgefangenschaft, Vertreibung)

Beschränken Sie sich dabei auf die Zeiten, die **nicht** in Ihrem Versicherungsverlauf enthalten sind und fügen Sie bitte entsprechende Nachweise bei. Einen Versicherungsverlauf können Sie bei Bedarf von Ihrem deutschen Versicherungsträger anfordern.

Período desde - até	Designação exata do emprego ou da atividade profissional autônoma exercida (em caso de períodos substitutivos, indicar de que tipo de períodos se tratava)	Nome e endereço do empregador/da empresa, em caso de trabalho autônomo, indicar "trabalho autônomo"	Nome e endereço da Caixa de Seguro-Saúde, na qual a pessoa falecida esteve segurado (p. ex. AOK, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse)
Zeitraum vom - bis	Genauere Bezeichnung der ausgeübten Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit (Bei Ersatzzeiten bitte die Art der Zeit angeben)	Name und Anschrift des Arbeitgebers / Unternehmens, bei Selbständigkeit bitte "selbständig" angeben	Name und Anschrift der Krankenkasse, bei der die verstorbene Person versichert war (z. B. AOK, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse)

Se não tiver espaço suficiente para a sua resposta, é favor seguir a mesma em folha separada! / Falls Platz nicht ausreicht, bitte auf gesondertem Blatt fortsetzen!

K Outros Dados sobre o Histórico de Seguro do Segurado Falecido

(Somente preencher e anexar documentação comprovante, se o segurado falecido ainda não tiver recebido nenhuma aposentadoria.)

Weitere Angaben zum Versicherungsleben des Verstorbenen

(Bitte nur ausfüllen und Nachweise beifügen, wenn der verstorbene Versicherte noch keine Rente bezog)

1	<p>O falecido teve a qualidade de perseguido do nazismo segundo a Lei Federal sobre Indenizações, ou de perseguido político da antiga RDA segundo a Lei de Reabilitação Profissional?</p> <p>Em caso afirmativo, indicar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entidade pagadora das indenizações - Número de Referência 	<p><input type="checkbox"/> não nein</p> <p><input type="checkbox"/> sim ja</p>	<p>War der Verstorbene Verfolgter des Nationalsozialismus im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes oder politisch Verfolgter der ehemaligen DDR im Sinne des Beruflichen Rehabilitierungsgesetzes?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entschädigungsbehörde - Aktenzeichen
2	<p>O requerente ou o órfão tem, ou o falecido teve a qualidade de expatriado ou refugiado segundo a Lei Federal sobre Expatriados?</p> <p>Em caso afirmativo, documento que comprove a qualidade de expatriado.</p>	<p><input type="checkbox"/> não nein</p> <p><input type="checkbox"/> sim ja</p>	<p>Sind Sie, die Waise oder war der Verstorbene Vertriebene(r) oder Flüchtling im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes?</p> <p>Falls ja, bitte Vertriebenenausweis(e) beifügen.</p>
3	<p>Ao falecido foram restituídas contribuições do seguro alemão de aposentadoria?</p> <p>Em caso afirmativo, indicar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instituição Seguradora - Número de Seguro / Número de Referência 	<p><input type="checkbox"/> não nein</p> <p><input type="checkbox"/> sim ja</p>	<p>Sind dem Verstorbenen jemals Beiträge aus der deutschen Rentenversicherung erstattet worden?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versicherungsträger - Versicherungsnummer / Aktenzeichen
4	<p>O falecido efetuou na Alemanha uma formação profissional (mesmo sem diploma final)?</p> <p>Período de formação</p> <p>Tipo de formação profissional (Anexar documentos comprovantes.)</p> <p>Caso existente, diploma final datado de</p>	<p><input type="checkbox"/> não nein</p> <p><input type="checkbox"/> sim ja</p> <p>desde / vom _____ até / bis _____</p> <p>Dia Tag Mês Monat Ano Jahr</p>	<p>Hat der Verstorbene in Deutschland Zeiten der Berufsausbildung zurückgelegt (auch ohne Abschluss)?</p> <p>Zeitraum</p> <p>Art der Berufsausbildung (Bitte Nachweis beifügen)</p> <p>ggf. Abschluss am</p>
5	<p>O falecido esteve na Alemanha incapacitado para o trabalho ou recebeu benefícios para a reabilitação que não estão incluídos no histórico de seguro?</p> <p>Períodos (Anexar documentos comprovantes.)</p>	<p><input type="checkbox"/> não nein</p> <p><input type="checkbox"/> sim ja</p> <p>desde / vom _____ até / bis _____</p> <p>desde / vom _____ até / bis _____</p>	<p>War der Verstorbene in Deutschland arbeitsunfähig oder hat er Leistungen zur Rehabilitation erhalten, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweis beifügen)</p>
6	<p>O falecido esteve na Alemanha registrado como desempregado por um período não incluído no histórico de seguro?</p> <p>Períodos (Anexar documentos comprovantes.)</p>	<p><input type="checkbox"/> não nein</p> <p><input type="checkbox"/> sim ja</p> <p>desde / vom _____ até / bis _____</p> <p>desde / vom _____ até / bis _____</p>	<p>War der Verstorbene in Deutschland arbeitslos gemeldet und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweis beifügen)</p>
7	<p>Após completados os 17 anos de idade, o falecido frequentou, na Alemanha ou fora da Alemanha, alguma escola, escola técnica, escola técnica superior ou universidade, e esse período não está incluído no histórico de seguro?</p> <p>Períodos (Anexar documentos comprovantes.)</p>	<p><input type="checkbox"/> não nein</p> <p><input type="checkbox"/> sim ja</p> <p>desde / vom _____ até / bis _____</p> <p>desde / vom _____ até / bis _____</p>	<p>Hat der Verstorbene nach Vollendung des 17. Lebensjahres eine Schul-, Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulausbildung innerhalb oder außerhalb Deutschlands absolviert und ist diese Zeit nicht im Versicherungsverlauf enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweis beifügen)</p>

Número de Seguro Alemão / Deutsche Versicherungsnummer

Código (se souber) / Kennzeichen (soweit bekannt)

8	<p>Entre os 17 e 25 anos de idade, o falecido se encontrou, na Alemanha ou fora da Alemanha, em situação de incapacidade laboral por um período não inferior a um mês e esse período não está incluído no histórico de seguro?</p> <p>Períodos (Anexar documentos comprovantes.)</p>	<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja	<p>War der Verstorbene zwischen dem 17. und dem 25. Lebensjahr mindestens einen Kalendermonat innerhalb oder außerhalb Deutschlands arbeitsunfähig und ist diese Zeit nicht im Versicherungsverlauf enthalten? Zeiträume (Bitte Nachweis beifügen)</p>		
		desde / vom até / bis	desde / vom até / bis			
9	<p>Após completados os 16 anos de idade, o falecido viveu num dos seguintes países: Austrália, Dinamarca, Finlândia, Islândia, Israel, Canadá / Quebec, Liechtenstein, Noruega, Suécia, Suíça, ou, após completados os 15 anos de idade, nos Países Baixos?</p>	<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja	<p>Hat der Verstorbene nach Vollendung des 16. Lebensjahres in einem der folgenden Länder gewohnt: Australien, Dänemark, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, der Schweiz oder nach dem 15. Lebensjahr in den Niederlanden?</p>		
					desde / vom até / bis País / Staat	Zeitraum
					Instituição seguradora / Versicherungsträger Número de seguro / Versicherungsnummer	
					desde / vom até / bis País / Staat	Zeitraum
Instituição seguradora / Versicherungsträger Número de seguro / Versicherungsnummer						
10	<p>O falecido exerceu atividade profissional também fora da Alemanha (também no Brasil)? Em caso afirmativo, detalhar outros dados. Deverá indicar também os períodos cumpridos em sistemas especiais (p. ex. servidores públicos / pessoas equiparadas, funcionários da UE, autônomos, agricultores).</p>	<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja	<p>War der Verstorbene auch außerhalb Deutschlands (auch in Brasilien) erwerbstätig? Wenn ja, bitte weitere Angaben machen. Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (z. B. für Beamte / gleichgestellte Personen, EU-Bedienstete, Selbständige, Landwirte).</p>		
					desde / vom até / bis País / Staat	Zeitraum
					Instituição seguradora / Versicherungsträger Número de seguro / Versicherungsnummer	
					desde / vom até / bis País / Staat	Zeitraum
					Instituição seguradora / Versicherungsträger Número de seguro / Versicherungsnummer	
					desde / vom até / bis País / Staat	Zeitraum
					Instituição seguradora / Versicherungsträger Número de seguro / Versicherungsnummer	
					desde / vom até / bis País / Staat	Zeitraum
					Instituição seguradora / Versicherungsträger Número de seguro / Versicherungsnummer	
					desde / vom até / bis País / Staat	Zeitraum
					Instituição seguradora / Versicherungsträger Número de seguro / Versicherungsnummer	
					desde / vom até / bis País / Staat	Zeitraum
Instituição seguradora / Versicherungsträger Número de seguro / Versicherungsnummer						

L Períodos dedicados pelo Falecido à Educação de Crianças

(Somente preencher e anexar documentação comprovante, se o segurado falecido ainda não tiver recebido aposentadoria. Se as crianças foram educadas na Alemanha, a instituição alemã competente enviará o formulário V0800.)

Zeiten der Kindererziehung des Verstorbenen

(Bitte nur ausfüllen und Nachweise beifügen, wenn der verstorbene Versicherte noch keine Rente bezog. Bei Erziehung in Deutschland übersendet der zuständige deutsche Träger das Formblatt V0800.)

Foram educadas as seguintes crianças:		Folgende Kinder wurden erzogen:													
1	Sobrenomes da Criança	Name des Kindes													
	Prenomes	Vornamen													
	Data de Nascimento (Anexar Certidão de Nascimento no original, ou cópia autenticada ou fazer confirmar pelo INSS no Campo N.)	<table border="1"> <tr> <td>Dia Tag</td> <td>Mês Monat</td> <td>Ano Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr				Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis im Original oder als amtlich bestätigte Kopie beifügen oder im Teil N durch INSS bestätigen lassen.)						
	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr												
	Lugar de Nascimento (Município, Estado Federado, País)	Geburtsort (Kreis, Land, Staat)													
A falecida exercia atividade profissional durante a gravidez e teve de interrompê-la devido à proteção da maternidade prevista pela lei?	<input type="checkbox"/> não nein <input type="checkbox"/> sim ja	desde / vom <input type="checkbox"/> não nein <input type="checkbox"/> sim ja até / bis	War die Verstorbene während der Schwangerschaft berufstätig und musste sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?												
Foi o falecido quem educou predominantemente a criança desde que nasceu até que completar 10 anos de idade.	<input type="checkbox"/> não nein <input type="checkbox"/> sim ja	Der Verstorbene hat das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.													
Nos seguintes países / in folgenden Staaten		desde / vom	até / bis												
		<table border="1"> <tr> <td>Dia Tag</td> <td>Mês Monat</td> <td>Ano Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr				<table border="1"> <tr> <td>Dia Tag</td> <td>Mês Monat</td> <td>Ano Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr			
Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr													
Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr													
		<table border="1"> <tr> <td>Dia Tag</td> <td>Mês Monat</td> <td>Ano Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr				<table border="1"> <tr> <td>Dia Tag</td> <td>Mês Monat</td> <td>Ano Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr			
Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr													
Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr													
		<table border="1"> <tr> <td>Dia Tag</td> <td>Mês Monat</td> <td>Ano Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr				<table border="1"> <tr> <td>Dia Tag</td> <td>Mês Monat</td> <td>Ano Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr			
Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr													
Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr													
2	Sobrenomes da Criança	Name des Kindes													
	Prenomes	Vornamen													
	Data de Nascimento (Anexar Certidão de Nascimento no original, ou cópia autenticada ou fazer confirmar pelo INSS no Campo N.)	<table border="1"> <tr> <td>Dia Tag</td> <td>Mês Monat</td> <td>Ano Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr				Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis im Original oder als amtlich bestätigte Kopie beifügen oder im Teil N durch INSS bestätigen lassen.)						
	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr												
	Lugar de Nascimento (Município, Estado Federado, País)	Geburtsort (Kreis, Land, Staat)													
A falecida exercia atividade profissional durante a gravidez e teve de interrompê-la devido à proteção da maternidade prevista pela lei?	<input type="checkbox"/> não nein <input type="checkbox"/> sim ja	desde / vom <input type="checkbox"/> não nein <input type="checkbox"/> sim ja até / bis	War die Verstorbene während der Schwangerschaft berufstätig und musste sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?												
Foi o falecido quem educou predominantemente a criança desde que nasceu até que completar 10 anos de idade.	<input type="checkbox"/> não nein <input type="checkbox"/> sim ja	Der Verstorbene hat das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.													
Nos seguintes países / in folgenden Staaten		desde / vom	até / bis												
		<table border="1"> <tr> <td>Dia Tag</td> <td>Mês Monat</td> <td>Ano Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr				<table border="1"> <tr> <td>Dia Tag</td> <td>Mês Monat</td> <td>Ano Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr			
Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr													
Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr													
		<table border="1"> <tr> <td>Dia Tag</td> <td>Mês Monat</td> <td>Ano Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr				<table border="1"> <tr> <td>Dia Tag</td> <td>Mês Monat</td> <td>Ano Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr			
Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr													
Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr													
		<table border="1"> <tr> <td>Dia Tag</td> <td>Mês Monat</td> <td>Ano Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr				<table border="1"> <tr> <td>Dia Tag</td> <td>Mês Monat</td> <td>Ano Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr			
Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr													
Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr													

Número de Seguro Alemão / Deutsche Versicherungsnummer
--

Código (se souber) / Kennzeichen (soweit bekannt)

3	Sobrenomes da Criança		Name des Kindes																		
	Prenomes		Vornamen																		
	Data de Nascimento (Anexar Certidão de Nascimento no original, ou cópia autenticada ou fazer confirmar pelo INSS no Campo N.)	<table border="1"> <tr> <td>Dia Tag</td> <td>Mês Monat</td> <td>Ano Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr				Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis im Original oder als amtlich bestätigte Kopie beifügen oder im Teil N durch INSS bestätigen lassen.)												
Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr																			
	Lugar de Nascimento (Município, Estado Federado, País)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)																		
	A falecida exercia atividade profissional durante a gravidez e teve de interrompê-la devido à proteção da maternidade prevista pela lei?	<input type="checkbox"/> não nein <input type="checkbox"/> sim ja	War die Verstorbene während der Schwangerschaft berufstätig und musste sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?																		
	Foi o falecido quem educou predominantemente a criança desde que nasceu até que completar 10 anos de idade.	<input type="checkbox"/> não nein <input type="checkbox"/> sim ja	Der Verstorbene hat das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.																		
	Nos seguintes países / in folgenden Staaten	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">desde / vom</td> <td colspan="3">até / bis</td> </tr> <tr> <td>Dia Tag</td> <td>Mês Monat</td> <td>Ano Jahr</td> <td>Dia Tag</td> <td>Mês Monat</td> <td>Ano Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	desde / vom			até / bis			Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr							
desde / vom			até / bis																		
Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr																
		<table border="1"> <tr> <td>Dia Tag</td> <td>Mês Monat</td> <td>Ano Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr																
Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr																			
		<table border="1"> <tr> <td>Dia Tag</td> <td>Mês Monat</td> <td>Ano Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr																
Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr																			
4	Foi já requerido o reconhecimento de períodos dedicados à educação destas crianças por outra pessoa ?	<input type="checkbox"/> não nein <input type="checkbox"/> sim ja	Wurde die Anrechnung von Kindererziehungszeiten für diese Kinder bereits von einer anderen Person beantragt?																		
	Em caso afirmativo, indicar: - Nome Completo		Falls ja, bitte angeben: - Name, Vorname																		
	- Número de Seguro alemão ou Data de Nascimento	<table border="1"> <tr> <td>Dia Tag</td> <td>Mês Monat</td> <td>Ano Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr				- Deutsche Versicherungsnummer oder Geburtsdatum												
Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr																			
5	Foram por si ou pelo falecido pagas contribuições obrigatórias para o seguro previdenciário alemão , imediatamente antes ou durante o período de educação, por motivo de emprego / exercício de atividade profissional fora da Alemanha?	<input type="checkbox"/> não nein <input type="checkbox"/> sim ja	Haben Sie oder der Verstorbene unmittelbar vor oder während der Erziehungszeit für eine Beschäftigung / Tätigkeit außerhalb Deutschlands Pflichtbeiträge zur deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?																		
6	Imediatamente antes do nascimento de uma das crianças mencionadas ou durante os períodos de educação indicados, o falecido foi membro do quadro ou do pessoal civil de Forças Armadas estrangeiras de acordo com o estatuto da OTAN, das autoridades e Forças Armadas aliadas na Alemanha (inclusive Berlim Ocidental) ou membro do agregado familiar de uma destas pessoas?	<input type="checkbox"/> não nein <input type="checkbox"/> sim ja	War der Verstorbene unmittelbar vor der Geburt eines der genannten Kinder oder während der aufgeführten Kindererziehungszeiten Mitglied oder ziviles Gefolge von ausländischen Streitkräften im Sinne des NATO-Truppenstatuts, der alliierten Behörden und Streitkräfte in Deutschland, einschließlich Berlin (West), oder Familienangehöriger eines solchen Mitgliedes?																		

M Declaração**Erklärung**

Confirmo ter efetuado da melhor fé e consciência todas as declarações no presente requerimento. É do meu conhecimento que poderei responder penalmente perante as autoridades da República Federal da Alemanha por falsas declarações intencionais.

Comprometo-me a comunicar, sem atrasos e por escrito, à Instituição do Seguro Previdenciário, após apresentação de requerimento e deferimento das prestações, todas as alterações relativas

- a qualquer alteração da minha situação familiar (p. ex. meu novo casamento) e ao requerimento e recebimento das prestações e dos rendimentos indicados nos Campos F, H e I
- às alterações que possam influenciar o pagamento da pensão por viuvez/por orfandade (p. ex. interrupção ou conclusão da formação)
- à morte da criança etc.

e ainda de restituir à Instituição seguradora os montantes pagos indevidamente.

É do meu conhecimento que o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) está autorizado a fornecer à Instituição Alemã do Seguro Previdenciário todas as informações que se encontram na sua documentação, relacionadas com a nacionalidade, a qualidade de apátrida ou de refugiado, o histórico de seguro brasileiro, o direito à aposentadoria e o seu respectivo montante. Caso seja necessário à prestação requerida, o INSS **poderá** complementarmente fornecer relatórios de médicos e estabelecimentos hospitalares à Instituição Alemã do Seguro Previdenciário competente.

Eu consinto que toda a documentação e todos os comprovantes apresentados que se encontram relacionados com este requerimento ou que sejam necessários após uma decisão sobre este requerimento, possam ser colocados à disposição por parte do INSS à Instituição do Seguro Previdenciário Alemão competente, e vice-versa, a fim de que se possa tomar uma decisão sobre o direito à prestação.

Somente para requerimentos de grande pensão por viuvez, se ainda não tiver alcançado a respectiva idade, não educar crianças e se estimar estar em situação de incapacidade laboral, bem como para requerimentos de pensão por orfandade por motivo de deficiência:

Se necessário no âmbito da instrução do requerimento, **consinto** que todos os atestados médicos ou resultados clínicos que forem por mim juntados ao processo de pensão ou fizerem parte dos expedientes ou forem emitidos durante o processo de análise quanto à atribuição da aposentadoria, possam ser consultados e avaliados pela Instituição do Seguro Previdenciário Alemão competente ou pelo INSS. Igualmente consinto que os médicos assistentes, psicólogos e as respectivas instâncias possam prestar a estas Instituições seguradoras todas as informações necessárias acerca do meu estado de saúde. Tal inclui o envio de documentação médica aí existente ou emitida durante o procedimento.

Estou consciente do fato que, para efeitos futuros, posso retirar, a qualquer momento, os meus consentimentos.

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass ich bei wissentlich falschen Angaben durch die Behörden der Bundesrepublik Deutschland strafrechtlich verfolgt werden kann.

Ich verpflichte mich, dem leistungspflichtigen Rentenversicherungsträger nach Antragstellung und nach Bewilligung der Leistung unverzüglich

- jede Änderung meiner Familienverhältnisse (z. B. meine Wiederheirat) und die Beantragung und den Empfang der im Teil F, H und I aufgeführten Leistungen bzw. Einnahmen
- Änderungen, die auf den Bezug der Hinterbliebenen-/Waisenrente Einfluss haben (z. B. Unterbrechung oder Beendigung der Ausbildung)
- den Tod des Kindes usw.

schriftlich mitzuteilen und überzahlte Beträge an den Versicherungsträger zurückzuzahlen.

Mir ist bekannt, dass das Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger jede Information, betreffend die Staatsangehörigkeit, Staatenlosigkeit oder Flüchtlingseigenschaft, den brasilianischen Versicherungsverlauf, den Anspruch auf Rentenleistung sowie dessen Höhe, erteilen darf, die in den Akten enthalten ist. Soweit für die beantragte Leistung erforderlich, **darf** das INSS zudem ärztliche Berichte von Ärzten und Krankenhäusern für den zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger beschaffen.

Ich willige ein, dass alle vorgelegten Unterlagen und Beweismittel, die sich auf diesen Antrag beziehen oder die nach einer Entscheidung über diesen Antrag erforderlich werden, vom INSS dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger und umgekehrt zur Verfügung gestellt werden dürfen, damit über die Leistungsberechtigung entschieden werden kann.

Nur für Anträge auf große Witwen-/Witwerrente, wenn Sie das entsprechende Lebensalter noch nicht erreicht haben, kein Kind erziehen und sich für erwerbsgemindert halten sowie bei Anträgen auf Waisenrente wegen Behinderung: Soweit für die Bearbeitung des Rentenanspruches erforderlich, **willige ich ein**, dass alle ärztlichen Gutachten oder Krankheitsbefunde, die ich im Rentenverfahren vorlege oder die in den Akten enthalten sind oder während des Rentenverfahrens erstellt werden, von dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger oder INSS eingesehen und verwertet werden dürfen. Ich willige außerdem ein, dass die behandelnden Ärzte, Psychologen und Einrichtungen diesen Versicherungsträgern jede erforderliche Auskunft über meinen Gesundheitszustand erteilen. Dies schließt auch die Übersendung von dort vorliegenden oder während des Rentenverfahrens erstellten medizinischen Unterlagen ein. **Ich weiß**, dass ich jederzeit meine Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft zurücknehmen kann.

**Assinatura do Requerente /
Unterschrift des Antragstellers**

Data / Datum

Assinatura / Unterschrift

Por favor, preencha e assine a **Declaração de Pagamento** no final do formulário (Campo O)!

Bitte noch die **Zahlungserklärung** am Ende des Formblatts (Teil O) ausfüllen und unterschreiben!



N Confirmação por parte do INSS**Bestätigung durch INSS**

Data do Requerimento, conforme o artigo 17, parágrafo 1.º do Acordo	<table border="1"> <tr> <td>Dia Tag</td> <td>Mês Monat</td> <td>Ano Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr				Tag der Antragstellung nach Art. 17 Abs. 1 des Abkommens
Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr						
Os dados pessoais (sobrenomes, prenomes, data de nascimento e nacionalidade) do falecido (Campo A) e dos sobreviventes (Campos B e G) foram comprovados através de: - Passaporte Válido - Outro(s) documento(s) (indicar quais)	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> não nein</td> <td><input type="checkbox"/> sim ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> não nein</td> <td><input type="checkbox"/> sim ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja	<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja	Die Angaben zur Person (Name, Vornamen, Geburtsdatum sowie die Staatsangehörigkeit) des Verstorbenen (Teil A) und der Hinterbliebenen (Teil B und G) werden bestätigt durch: - gültigen Reisepass - sonstige Urkunde(n) (bitte angeben)		
<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja							
<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja							
A data de óbito e os dados sobre o matrimônio/união estável (homossexual) registrada existentes até ao falecimento foram comprovados através de: - Certidão de Óbito - Outro(s) documento(s) (indicar quais)	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> não nein</td> <td><input type="checkbox"/> sim ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> não nein</td> <td><input type="checkbox"/> sim ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja	<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja	Die Angaben zum Sterbedatum und zur bis zum Tode bestehenden Ehe/ Eingetragenen Lebenspartnerschaft werden bestätigt durch: - Sterbeurkunde - sonstige Urkunde(n) (bitte angeben)		
<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja							
<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja							
Os dados sobre as crianças indicadas no Campo L (sobrenomes, prenomes, data de nascimento) foram confirmados com base nos documentos apresentados.	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> não nein</td> <td><input type="checkbox"/> sim ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja	Die Angaben zu den Kindern in Teil L (Name, Vornamen, Geburtsdatum) werden aufgrund vorgelegter Urkunden bestätigt.				
<input type="checkbox"/> não nein	<input type="checkbox"/> sim ja							
Data	<table border="1"> <tr> <td>Dia Tag</td> <td>Mês Monat</td> <td>Ano Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr				Datum
Dia Tag	Mês Monat	Ano Jahr						
Assinatura		Unterschrift						
Carimbo do INSS		Stempel von INSS						

O Declaração de Pagamento

Zahlungserklärung

<p>1 Conta Bancária no Brasil O benefício deverá ser pago mediante transferência bancária para minha conta em Instituição Bancária no Brasil. Por favor, faça preencher e confirmar os seguintes espaços pelo seu banco.</p> <p>Nome da Instituição Bancária</p> <p>Endereço da Instituição Bancária</p> <p>Código Bancário</p> <p>Código da Agência</p> <p>Número de Conta</p> <p>SWIFT Bank Identifier Code - BIC</p> <p>International Bank Account Number - IBAN</p> <p>B R</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Konto in Brasilien Die Leistung soll durch Überweisung auf mein Konto bei einem Geldinstitut in Brasilien gezahlt werden. Bitte lassen Sie die folgenden Felder von Ihrer Bank ausfüllen und bestätigen.</p> <p>Name des Geldinstituts</p> <p>Anschrift des Geldinstituts</p> <p>Bankleitzahl des Geldinstituts (Zentrale)</p> <p>Bankleitzahl des Geldinstituts (Filiale)</p> <p>Kontonummer</p> <p>SWIFT Bank Identifier Code - BIC</p> <p>International Bank Account Number - IBAN</p>
<p>- Eu sou o único titular da conta bancária supracitada e a única pessoa que dela está autorizada a dispor.</p> <p>- A conta bancária supracitada é uma conta conjunta, sendo eu e meu cônjuge os seus titulares. (O co-titular da conta também deverá assinar no final do Campo O.)</p> <p>- Para a conta supracitada foi emitida procuração a:</p> <p>Nome e Endereço (O procurador da conta também deverá assinar no final do Campo O.)</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>- Ich bin alleiniger Inhaber des oben genannten Kontos und allein darüber verfügungsberechtigt.</p> <p>- Das oben genannte Konto ist ein Gemeinschaftskonto, dessen Inhaber ich und mein Ehepartner sind. (Bitte auch den Mitinhaber am Ende des Teils O unterschreiben lassen.)</p> <p>- Für das oben genannte Konto wurde eine Kontovollmacht erteilt für</p> <p>Name und Anschrift (Bitte auch den Kontobevollmächtigten am Ende des Teils O unterschreiben lassen.)</p>



ANEXO / ANLAGE

Requerimento de Pensão por Morte
do seguro de aposentadoria dos agricultores (AdL)

Por favor, preencha este ANEXO apenas se o segurado falecido recolheu, na qualidade de agricultor autônomo ou de cônjuge de agricultor autônomo, contribuições na Alemanha para uma caixa de aposentadorias para agricultores.

Antrag auf Hinterbliebenenrente
aus der Alterssicherung der Landwirte (AdL)

Bitte diesen ANLAGE nur ausfüllen, wenn der verstorbene Versicherte als selbständiger Landwirt oder als Ehegatte eines selbständigen Landwirts in Deutschland Beiträge zu einer landwirtschaftlichen Alterskasse gezahlt hat.

A Dados Pessoais		Angaben zur Person	
1	Número de Identificação	2 2 1 /	Identifikationsnummer
2	Dados sobre o Cônjuge do Requerente		Angaben zum Ehegatten des Antragstellers
3	Sobrenomes		Name
4	Prenomes		Vornamen
5	Data de Nascimento		Geburtsdatum
6	Lugar de Nascimento		Geburtsort
7	Nacionalidade		Staatsangehörigkeit
8	Data de Óbito		Sterbedatum

B Dados sobre o Pagamento de Contribuições		Angaben zur Beitragszahlung	
1	O requerente ou seu cônjuge recolheram contribuições para uma caixa de aposentadorias para agricultores (LAK)?	Requerente / Antragsteller <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, para: ja, und zwar zur:	Haben Sie oder Ihr Ehegatte Beiträge zu einer landwirtschaftlichen Alterskasse (LAK) gezahlt?
	Nome da LAK		Name der LAK
	Número de Referência		Aktenzeichen
		Cônjuge / Ehegatte <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, para: ja, und zwar zur:	
	Nome da LAK		Name der LAK
	Número de Referência		Aktenzeichen
2	O requerente ou seu cônjuge exerceram atividade autônoma como agricultor fora da Alemanha?	Requerente / Antragsteller <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, em: ja, und zwar in: _____ (País / Land)	Haben Sie oder Ihr Ehegatte eine Tätigkeit als selbständiger Landwirt außerhalb Deutschlands ausgeübt?
		Cônjuge / Ehegatte <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, em: ja, und zwar in: _____ (País / Land)	

C Pagamento da Prestação**Auszahlung der Leistung**

1	Em qual conta bancária deverá ser efetuada a transferência? (A prestação da AdL não poderá ser paga por cheque.)	Nome e Endereço da Instituição Bancária / Name und Anschrift des Geldinstituts	Auf welches Konto soll die Überweisung erfolgen? (Die Leistung der AdL kann nicht durch Scheckzahlung erfolgen.)
2	Código Bancário		Bankleitzahl des Geldinstituts
3	Número de Conta		Kontonummer
4	Titular da Conta, caso não seja o Requerente		Kontoinhaber, wenn nicht mit Antragsteller identisch
5	SWIFT Bank Identifier Code - BIC (se souber)		SWIFT Bank Identifier Code - BIC (soweit bekannt)
6	International Bank Account Number - IBAN (se souber)		International Bank Account Number - IBAN (soweit bekannt)

D Assinatura**Unterschrift**

Assinatura do Requerente		Unterschrift des Antragstellers
--------------------------	--	---------------------------------