

**CONVENIO MULTILATERAL IBEROAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL**  
**CONVENÇÃO MULTILATERAL IBERO-AMERICANA DE SEGURANÇA SOCIAL**

**FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS**  
**FORMULÁRIO DE ATUALIZAÇÃO DE DADOS**

- CAMBIO DE NOMBRE / MUDANÇA DE NOME     CAMBIO DE DIRECCIÓN / MUDANÇA DE ENDEREÇO  
 CAMBIO DE INSTITUCIÓN FINANCIERA / MUDANÇA DE INSTITUÇÃO FINANCIERA  
 FALLECIMIENTO DEL BENEFICIARIO/ ÓBITO DO BENEFICIÁRIO     OTROS/ OUTROS     APELACIÓN/ RECURSO

**I Información actual del pensionista / Informação atual do beneficiário/pensionista**

Apellido (s) / Sobrenome (s)		Apellido de soltera/ Sobrenome de solteira		Nombre(s) / Nome (s) próprio(s)	
Nombre(s) del padre / Nome (s) do pai			Nombre(s) de la madre / Nome(s) da mãe		
Fecha de nacimiento /Data de nascimento _____/_____/_____		Sexo : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nacionalidad / Nacionalidade		
Documento de identificación / Documento de identificação :	Tipo	Número	Fecha de expedición/ Data de emissão	País de expedición/ País de emissão	
<b>Datos residenciales / Dados de residência:</b> Calle/Rua _____ nº _____ Piso/Depto/Andar: _____ Localidad/Localidade: _____ C.P. /CEP: _____ Provincia/Estado/ Departamento /Región /Região _____ País _____ Nº de teléfono / N.º de telefone: _____ Correo electrónico/E-mail: _____					

## II Informaciones / Informações

### II.1 Cambio de nombre / Mudança de nome

Nombre antes del cambio/ Nome antes da mudança	Nombre /Nome próprio:	Apellido / Sobrenome
Motivo del cambio / Motivo da mudança	<input type="checkbox"/> Adopción / Adoção <input type="checkbox"/> Matrimonio / Casamento	
	<input type="checkbox"/> Otros motivos /Outros motivos	

### II.2 Cambio de dirección / Mudança de endereço

Dirección anterior/Endereço anterior:
Calle/Rua _____ nº _____ Piso/Depto/Andar: _____
Localidad/Localidade: _____ C.P. /CEP: _____
Provincia/Estado/ Departamento /Región /Região _____
País _____
Nº de teléfono / N.º de telefone: _____
Correo electrónico/E-mail: _____

### II.3 Cambio de institución financiera / Alteração da instituição bancária

País _____								
<b>Forma de pago deseada / Forma de pagamento desejada:</b> <input type="checkbox"/> Cheque nominal								
<input type="checkbox"/> <b>Transferencia bancaria / Transferência bancária:</b> BIC/SWIFF _____ IBAN _____ <b>CCC / CUENTA CORRIENTE O DE AHORRO / CONTA CORRENTE OU POUPANÇA</b> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></td> <td>Nº de la entidad/ N.º de entidade</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></td> <td>Nº de la agencia/ N.º da agência</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></td> <td>Control/Dígito verificador</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px; margin-top: 10px;"></td> <td>Nº de cuenta / N.º de conta</td> </tr> </table> Nombre de la entidad bancaria / Nome da entidade bancária _____ Dirección/Endereço: _____		Nº de la entidad/ N.º de entidade		Nº de la agencia/ N.º da agência		Control/Dígito verificador		Nº de cuenta / N.º de conta
	Nº de la entidad/ N.º de entidade							
	Nº de la agencia/ N.º da agência							
	Control/Dígito verificador							
	Nº de cuenta / N.º de conta							
<input type="checkbox"/> <b>Otros / Outros</b>								

#### II.4 Fallecimiento del pensionista / Óbito do Beneficiário/ pensionista

<b>Información del fallecimiento / Informação do óbito:</b>		
Nombre del Declarante/Nome do declarante	Apellido del Declarante/Sobrenome do declarante	Relaciones con la persona fallecida/ Relação com a pessoa falecida
Dirección del declarante /Endereço do declarante:		
<b>Fecha de fallecimiento /Data do óbito do beneficiário:</b>		
Año /Ano	Més/Mês	Día/Dia
<b>Documento acreditativo de la muerte (no obligatorio)/ Documento comprovativo do óbito: (não obrigatório/obligatório)</b>		
Nº de Certificado de defunción / N.º de certidão de óbito	Fecha de expedición / Data de emissão	
<b>Otras informaciones /Outras informações:</b>		

#### II.5 Otros / Outros:

<b>Otros cambios /Outras alterações:</b>

**II.6 Apelación (se acompañará el recurso formulado) / Recurso (juntar o recurso interposto):**

Recurso de /Recurso de: _____
Formulado ante/ Interposto perante: _____
Contra resolución de/Contra a decisão de: _____
Presentado el/ Apresentado em : _____ / _____ / _____

Lugar y fecha / Local e data

\_\_\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma /Assinatura

Órgano de Enlace o institución Competente /  
Organismo de ligação ou instituição competente

Nombre/Nome: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma / Assinatura