IBERO – INTEGRADO
Anexo Brasil

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

DECLARAÇÃO DE BENEFÍCIO BRASILEIRO EM OUTRO REGIME PREVIDENCIÁRIO/ DECLARACIÓN DE PRESTACIÓN BRASILEÑA BAJO OTRO RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL
Eu, Yo_____(nome do requerente/ nombre del solicitante), portador do CPF nº_____ e/y Documento de Identidade/Documento de Identidad nº_____, declaro, sob as penas do art. 299 do Código Penal, que/declaro, bajo las sanciones del art. 299 del Código Penal: ( ) não recebo aposentadoria/pensão por morte de outro regime de previdência/ no percibo jubilación/pensión de supervivencia de otro régimen de pensiones. ( ) recebo aposentadoria/pensão por morte de outro regime de previdência/ Recibo jubilación/pensión de supervivencia de otro régimen de pensiones. Caso receba aposentadoria ou pensão morte de outro regime de previdência, deverá declarar/ Si recibe una jubilación o pensión de supervivencia de otro régimen de pensiones, debe declarar:
1 - Tipo do benefício/ Tipo de prestación: ( ) pensão por morte/ pensión supervivencia ( ) aposentadoria/ jubilación *Caso opção seja Pensão, informar se a relação com o instituidor era como cônjuge ( ) ou companheiro(a) ( )/Si la opción es Pensión de supervivência, informar si la relación con el instituidor fue matrimonial ( ) o de pareja ( ).
2 - Origem/ Origen: ( ) Estadual/ Estatal ( ) Municipal/Municipal ( ) Federal/ Federal
3 - Tipo de servidor/Tipo de funcionario: ( ) militar ( ) civil
4 - Data de início do benefício no regime acima informado/ ____/_____/_____ Fecha de inicio de la prestación en el régimen mencionado:____/_____/_____
5 - Nome do órgão que concedeu a pensão por morte /aposentadoria/ Nombre del órgano que otorgó la pensión de supervivencia /jubilación: _____
6 - Último valor do benefício recebido (valor bruto/sem 13º décimo terceiro) Mês/Ano/ _____/_____ Última cuantía de la prestación recibida (monto bruto sin 13 - decimotercero) ____/_____ Mês/Ano/ Mes/año

Assinatura do solicitante /Firma del solicitante
_____

Local e data/fecha_____/____/_____/_____