

**Dados do(a) ex-Servidor(a):**

Nome:		Sexo:	
RG:	CPF:		
PIS/PASEP:	Órgão de origem:		
<input type="checkbox"/> Ativo		<input type="checkbox"/> Aposentado	
<b>Se ativo</b> , questiona-se: o falecimento ocorreu em decorrência de agressão sofrida no exercício ou em razão da função? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</span>			
Em caso afirmativo, juntar comprovante(s) que demonstre(m) a situação ocorrida.			

**Documentação do ex-servidor:**


- Certidão de óbito
- Comprovante de residência expedido nos 60 dias anteriores ao óbito
- Contracheque do(a) servidor(a)

**Requerimento:**

À PARANAPREVIDÊNCIA, eu, \_\_\_\_\_,  
CPF: \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_,  
requerente, na decorrência do óbito do(a) servidor/militar segurado(a) acima qualificado(a), venho requerer a concessão do benefício de pensão previdenciária nos termos das legislações vigentes, e declaro que as informações prestadas são verdadeiras, responsabilizando-me pelas mesmas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente ou Representante devidamente constituído  
(igual ao documento de identidade ou na presença de funcionário/representante da PARANAPREVIDÊNCIA)  
**(Obs. Assinar todas as páginas)**

	<b>Requerimento para Concessão de Benefício de Pensão</b> (Filho(a) inválido(a) ou portador(a) de deficiência)	<i>Revisão</i> 06
		<i>Página</i> 01/02

**Dados do(a) ex-Servidor(a):**

Nome:	
RG:	CPF:

**Dados do dependente:**

Nome:		Sexo:	
RG:	UF:	Data Nasc.:	
CPF:		NIT:	
Raça/Cor ( <i>informação obrigatória Lei Federal 14553/2023</i> ):			
1 – Branca ( )      2 – Preta ( )      3 – Parda ( )      4 – Amarela ( )      5 – Indígena ( )			
Estado civil: ( ) Solteiro(a)      ( ) Viúvo(a)      ( ) Casado(a)      ( ) Divorciado(a)      ( ) União estável			
Endereço:			
Nº:	Complemento:		CEP:
Bairro:	Cidade:		Estado:
Telefone: ( )	Celular: ( )	WhatsApp: ( )	
E-mail ( <b>OBRIGATÓRIO</b> ):			


\* Orientamos que o **e-mail** indicado seja de seu **acesso exclusivo** - não utilize e-mails de amigos, parentes ou corporativos para este fim pois, o e-mail cadastrado será utilizado para comunicação acerca de recadastramento, alterações de pagamento, de cunho informativo e privativas direcionadas exclusivamente a você pensionista.

Alertamos também que o cadastro de seu e-mail lhe permitirá acesso aos sistemas integrados, à Central de Segurança, à **área do beneficiário** disponível no site da Instituição ou aplicativo da PARANAPREVIDENCIA. E poderá ser utilizado para redefinição ou cadastramento de senhas junto ao **sistema de consignações (PRCONSIG)**.

**Dados do(a) Representante Legal/ Advogado(a)/Procurador(a) (se houver):**

Nome:			
RG:		CPF:	
Endereço:		Nº:	Complemento:
CEP:	Bairro:	Cidade:	Estado:
Telefone: ( )	Celular: ( )	WhatsApp: ( )	
E-mail ( <b>OBRIGATÓRIO</b> ):			
<b>Anexar: RG, CPF, Termo de Tutela/Curatela atualizado (expedido nos últimos 60 dias).</b>			

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Requerente ou Representante devidamente constituído  
 (igual ao documento de identidade ou na presença de funcionário/representante da PARANAPREVIDÊNCIA)  
**(Obs. Assinar todas as páginas)**

	<b>Requerimento para Concessão de Benefício de Pensão</b> (Filho(a) inválido(a) ou portador(a) de deficiência)	Revisão 06
		Página 02/02

**Declarações / Termos de ciência:**

1.	Estou ciente que sou responsável pelas informações contidas neste instrumento e que a omissão ou a apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes, podem implicar no cancelamento de meu benefício junto à Instituição, obrigando-me ao ressarcimento dos valores indevidamente recebidos, conforme previsto no art. 299 do Código Penal.		
2.	Estou ciente que a PARANAPREVIDÊNCIA irá efetuar o tratamento e compartilhamento dos meus dados pessoais para fins de atendimento ao disposto na legislação previdenciária vigente, Lei 13.709/18 – Lei Geral de Proteção de Dados e de acordo com o previsto na Política de Privacidade de Dados Pessoais, publicada no Portal da Instituição.		
3.	Estou ciente que as informações e solicitações sobre este processo serão <b>encaminhadas para o e-mail informado no requerimento.</b>		
4.	Declaro que o dependente recebe, atualmente, salários, pensões alimentícias, benefícios previdenciários de qualquer sistema de Seguridade ou Previdência, benefícios sociais, comissões, pró-labore, outros rendimentos do trabalho não assalariado, rendimentos do mercado informal ou autônomo, rendimentos auferidos do patrimônio e quaisquer outros.	( ) Sim	( ) Não
5.	Caso tenha marcado <b>SIM</b> na pergunta anterior, anexar último <b>COMPROVANTES DE PAGAMENTO</b> dos valores recebidos e informar: Renda proveniente de _____		
6.	Declaro estar ciente que devo informar imediatamente qualquer modificação da condição pessoal à PARANAPREVIDÊNCIA		

**Documentação do(a) requerente/ beneficiário(a) - Obrigatória:**

<ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Certidão de Nascimento atualizada (expedida nos últimos 30 dias) caso conste averbação, a certidão deverá ser de inteiro teor (digitalizar verso caso haja anotação);</li> <li>( ) Carteira de Identidade (RG) e CPF, ou protocolo do órgão expedidor, ambos com o nome constante na certidão de nascimento;</li> <li>( ) Comprovante de residência atualizado;</li> <li>( ) Atestado Médico, emitido nos últimos 60 dias, onde conste código da doença (CID) ensejadora da invalidez e/ou deficiência com identificação do médico e CRM;</li> <li>( ) Extrato do Cadastro Nacional de Informações Sociais – CNIS de vínculos, benefícios e contribuições, obtido junto ao INSS com o nº do PIS, PASEP ou NIT em nome do(a) beneficiário(a).</li> <li>( ) Documentos para comprovação da dependência econômica do (a) requerente em relação ao ex-servidor. Abaixo, listamos alguns exemplos que poderão ser complementados/substituídos por outros tantos que possam ensejar a comprovação: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Comprovante de residência em comum;</li> <li>➤ Declaração de Imposto de Renda, Apólice de Seguros, filiação em entidades médicas, comerciais e/ou sociais onde conste o(a) requerente como dependente/beneficiário(a) do(a) ex-servidor(a);</li> </ul> </li> </ul> <p>Notas fiscais de despesas, bens ou serviços pagos pelo(a) ex-servidor(a) em favor do(a) requerente (ex.: consultas médicas, exames, fisioterapia, dentista, cuidadores, aluguel, etc.);</p>
--

*\* A PARANAPREVIDENCIA se reserva o direito de, a qualquer momento, solicitar outros documentos que julgar necessários à comprovação do direito ao benefício de pensão.*

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente ou Representante devidamente constituído  
(igual ao documento de identidade ou na presença de funcionário/representante da PARANAPREVIDÊNCIA)  
**(Obs. Assinar/Rubricar todas as páginas)**