

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

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

Documentação do ex-servidor:

<input type="checkbox"/> Certidão de óbito
<input type="checkbox"/> Comprovante de residência expedido nos 60 dias anteriores ao óbito
<input type="checkbox"/> 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)

	Requerimento para Concessão de Benefício de Pensão (Credor(a) de alimentos)	Revisão 05
		Página 01/02

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

Nome:	
RG:	CPF:

Dados do dependente:

Nome:		Sexo:
RG:	UF:	Data Nasc.:
CPF:	NIT:	
Raça/Cor (informação obrigatória Lei Federal 14553/2023):		
1 – Branca () 2 – Preta () 3 – Parda () 4 – Amarela () 5 – Indígena ()		
Endereço:		
Nº:	Complemento:	CEP:
Bairro:	Cidade:	Estado:
Telefone: ()	Celular: ()	WhatsApp: ()
E-mail (OBRIGATÓRIO):		

* 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 (OBRIGATÓRIO):			
Anexar: RG, CPF, Termo de Tutela/Curatela atualizado (expedido nos últimos 60 dias).			

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)

	Requerimento para Concessão de Benefício de Pensão (Credor(a) de alimentos)	<i>Revisão</i> 05
		<i>Página</i> 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 <u>encaminhadas para o e-mail informado no requerimento.</u>		
4.	É inválido (a) ou possui deficiência grave, ou intelectual ou mental? Em caso afirmativo , apresentar atestado médico, emitido nos últimos 60 dias , onde conste código da doença (CID) ensejadora da invalidez e ou/deficiência com identificação do médico (CRM).	() Sim	() Não

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

()	Certidão de Casamento atualizada (expedida nos últimos 30 dias), caso conste averbação, a Certidão deverá ser de inteiro teor. (Digitalizar verso caso haja anotação);
()	RG e CPF, ambos com o nome constante na certidão de casamento;
()	Comprovante de residência atualizado;
()	Certidão atualizada dos autos de alimentos (expedida nos últimos 30 dias) e de inteiro teor da decisão judicial que fixou alimentos em favor do (a) interessado (a) constando valor e /ou percentual da pensão alimentícia;
()	Caso não tenha desconto em folha, deverá ser apresentada documentação comprobatória de que o(a) interessado(a) percebia alimentos do(a) servidor (a);

**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)