

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, e 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.

Estou ciente de 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.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Requerente
(igual ao documento de identidade ou na presença de funcionário/representante da PARANAPREVIDÊNCIA)

	Requerimento para Concessão de Benefício de Pensão (Companheiro(a) com Escritura Pública)	<i>Revisão 04</i>
		<i>Página 01/02</i>

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

Nome:	
RG:	CPF:

Dados do beneficiário:

Nome:		Sexo:
RG:	UF:	Data Nasc.:
CPF:	NIT:	
Endereço:		
Nº:	Complemento:	CEP:
Bairro:	Cidade:	Estado:
Telefone: ()	Celular: ()	WhatsApp: ()
E-mail (OBRIGATÓRIO):		

1. Desde quando vivia em união estável com o (a) ex-servidor (a)? _____ / _____ / _____		
2. 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
3. Recebe benefício de pensão por morte ou aposentadoria em algum órgão previdenciário? (INSS, ou qualquer outro Regime Próprio de Previdência)	() Sim	() Não
3.1 Caso tenha marcado SIM na pergunta anterior, <u>anexar comprovante/contracheque</u> dos valores recebidos e <u>informar</u> :		
a) Benefício(s) recebido(s): () Aposentadoria () Pensão () Aposentadoria e Pensão		
b) Órgão(s) _____ e valor(es) bruto(s) _____		
4. Estava separado (a) do(a) ex-servidor(a) na data do óbito? Em caso afirmativo , informar desde que data: ____/____/____	() Sim	() Não
5. Convive ou conviveu em união estável com outra pessoa após o óbito do(a) ex-servidor(a)? Em caso afirmativo , desde ____/____/____	() Sim	() Não

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).			

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

- () Escritura pública ou contrato de união estável atualizada (emitida nos últimos 30 dias);
- () Certidão de Nascimento/Casamento do (a) requerente atualizada (emitida 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** conforme constam na certidão de nascimento/casamento;
- () Comprovante de Residência do (a) requerente expedido nos 60 dias anteriores ao óbito
- () 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.
- () Caso a resposta seja “SIM” nos itens 2 e 3, apresentar documentos; e informar endereço do Órgão pagante no item 2

Documentação a ser apresentada caso tenha mais de 2 anos de união estável e não seja possível a comprovação pela Escritura Pública: Apresentar 3 documentos, conforme referências abaixo, para comprovação de no mínimo 2 anos da convivência marital/união estável anterior ao óbito:

- () Comprovante de residência comum em nome de ambos;
- () Comprovante de conta conjunta;
- () Comprovação de Adesão a Plano de Assistência médica em que ambos figurem como beneficiários;
- () Declaração fornecida por Instituição de assistência médica indicando que o(a) ex-servidor figurou como responsável pelo o(a) requerente, ou vice-versa;
- () Certidão de casamento religioso;
- () Escritura de compra, venda ou locação de imóvel em que ambos figurem no polo contratual;
- () Fatura de despesas/comprovações de pagamentos (contas de telefone, água, luz, cartão de crédito, lojas, etc.) ou notas fiscais em nome de ambos;
- () Outros documentos que levem a comprovação da convivência marital.

Termo de ciência:

Declaro ter conhecimento ser responsável pelas informações contidas neste instrumento, estando ciente de 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.

Estou ciente de 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.

DECLARO ESTAR CIENTE DE QUE AS INFORMAÇÕES E SOLICITAÇÕES SOBRE ESTE PROCESSO SERÃO ENCAMINHADAS PARA O E-MAIL ACIMA INFORMADO.

Orientamos que o e-mail indicado na página 01, seja de seu acesso exclusivo - não utilize e-mails de amigos, parentes ou corporativos. O e-mail cadastrado será utilizado para comunicação acerca de recadastramento, alterações de pagamento, e outras de cunho informativo ou até mesmo privativas direcionadas exclusivamente a você pensionista.

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

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)

Assunto: PREV // Palavra Chave: PENSAO POR OBITO