

**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?		<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)

**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 ( <b>OBRIGATÓRIO</b> ):		

1. É inválido (a) ou possui deficiência grave, ou intelectual ou mental?  <b>Em caso afirmativo</b> , 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
2. Recebe benefício de pensão por morte ou aposentadoria em algum órgão previdenciário? (INSS, ou qualquer outro Regime Próprio de Previdência)	( ) Sim	( ) Não
2.1 Caso tenha marcado <b>SIM</b> na pergunta anterior, <u>anexar comprovante/contracheque</u> dos valores recebidos e <b>informar</b> : a) Benefício(s) recebido(s): ( ) Aposentadoria ( ) Pensão ( ) Aposentadoria e Pensão b) Órgão(s) _____ e valor(es) bruto(s) _____		
3. Estava separado(a) do(a) ex-servidor(a) na data do óbito?  <b>Em caso afirmativo</b> , informar desde que data: ____/____/____	( ) Sim	( ) Não
4. Viveu em união estável com o (a) ex-servidor (a) anteriormente ao casamento? <i>*Responder somente nos casos cujo casamento for inferior a 2 anos.</i>  Em caso <b>afirmativo</b> , desde ____/____/____	( ) Sim	( ) Não
5. Convive ou conviveu em união estável com outra pessoa após o óbito do(a) ex-servidor(a)?	( ) 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 ( <b>OBRIGATÓRIO</b> ):			
<b>Anexar: RG, CPF, Termo de Tutela/Curatela atualizado (expedido nos últimos 60 dias).</b>			

**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 conforme constam na averbação da certidão de 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 a resposta ao item 4 seja afirmativa.**

Apresentar 3 documentos, conforme referências abaixo, para comprovação que, somados ao período de casamento, comprovem 2 anos ou mais 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/comprovantes 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)**