

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 (Companheiro(a) sem Escritura Pública)	Revisão 05
		Página 01/03

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)

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 encaminhadas para o e-mail informado no requerimento.		
4.	Desde quando vivia em união estável com o (a) ex-servidor (a)? _____ / _____ / _____		
5.	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
6.	Estava separado(a) do(a) ex-servidor(a) na data do óbito? Em caso afirmativo , informar desde que data: _____	() Sim	() Não
7.	Convive ou conviveu em união estável com outra pessoa após o óbito do(a) ex-servidor(a)? Em caso afirmativo , informar desde que data: _____	() Sim	() Não
8.	Recebe benefício de pensão por morte ou aposentadoria em algum órgão previdenciário? (INSS, ou qualquer outro Regime Próprio de Previdência)	() Sim	() Não
8a.	Caso tenha marcado SIM na pergunta anterior, anexar último CONTRACHEQUE dos valores recebidos e informar: Benefício recebido: () Aposentadoria () Pensão Data de início do benefício _____ Nome do órgão _____ Órgão () Estadual () Municipal () Federal Tipo de servidor: () Civil () Militar Caso seja Pensão, informar se a relação com o instituidor era como cônjuge/companheiro(a): () Sim () Não		
8b.	Benefício recebido: () Aposentadoria () Pensão Data de início do benefício _____ Nome do órgão _____ Órgão () Estadual () Municipal () Federal Tipo de servidor: () Civil () Militar Caso seja Pensão, informar se a relação com o instituidor era como cônjuge/companheiro(a): () Sim () Não		
8c.	Benefício recebido: () Aposentadoria () Pensão Data de início do benefício _____ Nome do órgão _____ Órgão () Estadual () Municipal () Federal Tipo de servidor: () Civil () Militar Caso seja Pensão, informar se a relação com o instituidor era como cônjuge/companheiro(a): () Sim () Não		
9.	Declaro estar ciente da vedação de acumulação de mais de uma pensão por morte deixada por cônjuge ou companheiro no Regime Próprio de Previdência do Estado do Paraná, ressalvados os casos de acúmulo legal de cargos, conforme o art. 37, XVI, da Constituição Federal, e as hipóteses de acumulação de pensão por morte com outros benefícios, previstas no § 1º do art. 39 da Lei Complementar 233, de 10/03/2021, sujeita à redução do valor daquele menos vantajoso, de acordo com o art. 24 da Emenda Constitucional 103, de 12/11/2019.		

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)

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

- Certidão de Nascimento/Casamento do(a) requerente atualizada (emitida nos últimos 30 dias). Caso conste averbação, a Certidão deverá ser de inteiro teor e obrigatoriamente frente e verso;
- 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.
- Em caso de benefícios previdenciários ou assistências no INSS ou em qualquer outro Ente, apresentar o último contracheque.

Sendo a união estável/convivência marital superior a 2 anos, este período deverá ser comprovado.

Documentos para esta comprovação – apresentar **três documentos diferentes** entre as referências abaixo:

- Comprovante de residência comum em nome de ambos, com data anterior ao óbito;
- Comprovante de conta conjunta;
- Declaração de IR, seguros, filiação em entidades médicas, comerciais ou sociais onde conste como dependente/beneficiário do segurado ou vice e versa;
- 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;
- Notas fiscais ou faturas de compra, bens ou serviços, comprovantes de despesas fixas (telefone, internet, água, luz, cartão de crédito, lojas, etc.) em nome de ambos;
- Seguro auto, constando como segundo(a) condutor(a).
- Outros documentos que levem a comprovação da convivência marital no período indicado.

** 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)