

**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:**

<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)**

	<b>Requerimento para Concessão de Benefício de Pensão (Menor Tutelado)</b>	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 ( <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)

**Termo de consentimento: TRATAMENTO DE DADOS DE MENORES DE 18 ANOS DE IDADE**

Eu, acima identificado(a) (página 01), responsável legal pelo(a) menor identificado(a) como beneficiário (a) também na inicial, estou ciente e concordo que a PARANAPREVIDÊNCIA, colete, compartilhe e realize tratamento dos seus dados pessoais, com a finalidade de conceder e manter pagamento de benefício previdenciário de pensão mensal, nos termos da legislação previdenciária vigente, sendo assegurado o exercício dos direitos a que se refere o artigo 14, §§ 1º e 2º da 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.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante devidamente constituído  
(igual ao documento de identidade ou na presença de funcionário/representante da PARANAPREVIDÊNCIA)  
**(Obs. Assinar/Rubricar 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 <b>encaminhadas para o e-mail informado no requerimento.</b>		
4.	É inválido (a) ou possui deficiência grave, ou intelectual ou mental? <b>Em caso afirmativo</b> , apresentar atestado médico, <b>emitido nos últimos 60 dias</b> , onde conste código da doença (CID) ensejadora da invalidez e ou/deficiência com identificação do médico (CRM).	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5.	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.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
6.	Caso tenha marcado <b>SIM</b> na pergunta anterior, anexar último <b>COMPROVANTES DE PAGAMENTO</b> dos valores recebidos e informar: Renda proveniente de _____		
7.	Declaro estar ciente que devo informar imediatamente qualquer modificação da condição pessoal à PARANAPREVIDÊNCIA		

\_\_\_\_\_  
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)**

	<b>Requerimento para Concessão de Benefício de Pensão (Menor Tutelado)</b>	<i>Revisão</i> 05
		<i>Página</i> 03/03

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

<p>Certidão de Nascimento atualizada (expedida nos últimos 30 dias). Caso conste averbação, a certidão deverá ser de inteiro teor (digitalizar verso caso haja anotação);</p> <p><b>Obs.:</b> Para menores de 16 anos a certidão de nascimento não precisa ser atualizada.</p> <p>( ) Carteira de Identidade (RG) e CPF, ou protocolo do órgão expedidor, ambos com o nome constante na certidão de nascimento;</p> <p>( ) Certidão de Tutela atualizada de inteiro teor, comprovando que o(a) menor era tutelado(a) pelo (a) ex-servidor(a).</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)**