



Cônjuge

V - 3

REQUERIMENTO DE PENSÃO POR MORTE DE SERVIDOR CIVIL**SEGURADO (A):**

Nome completo: _____ CPF nº _____

Órgão de Origem: _____ () Ativo () Inativo

DATA DO ÓBITO: ____ / ____ / ____

Falecimento motivado por: a) acidente de trabalho, doença profissional ou do trabalho: () Sim () Não

b) acidente de qualquer natureza () Sim () Não

REQUERENTE / PRETENSO PENSIONISTA:

Nome completo: _____

CPF nº _____ RG nº / Órgão Expedidor: _____

Cor ou Raça : () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

Capacidade Civil: () Capaz () Relativamente Incapaz () Absolutamente Incapaz

Portador de Invalidez Total e Permanente ou deficiência intelectual, mental ou grave: () Sim () Não

Possui Procurador, Tutor ou Curador: () Não () Sim

Se sim, Nome: _____

CPF nº _____

Endereço: _____ Qd.: _____ Lt.: _____

nº: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP.: _____

Telefone: _____ WhatsApp: _____

E-mail: _____

() Autorizo o envio de notificações/comunicações via endereço eletrônico (e-mail) ou nº de WhatsApp informados acima.

() Ciente da necessidade de abertura de conta corrente para recebimento do benefício, no banco credenciado pelo Poder ou Órgão Autônomo.

() Ciente da necessidade de realização de perícia médica para o dependente inválido ou com deficiência intelectual, mental ou grave, que será realizada pela Gerência de Qualidade de Vida Ocupacional da Secretaria de Administração

() Ciente de que informações falsas constituem crime previsto no art. 299 do Código Penal.

Venho à digna presença de V. Sª requerer PENSÃO POR MORTE a que faço jus, nos termos da legislação aplicável.

Goiânia, _____ de _____ de 20____.

(Assinatura do requerente ou procurador, de acordo com o documento de identificação apresentado)



ANEXO I

DECLARAÇÃO DE SITUAÇÃO CIVIL

Eu, _____, inscrito(a) no CPF nº _____, **declaro, sob as penas da lei, para todos os fins necessários que na data do óbito do(a) segurado(a) _____, não estava separado(a) de fato ou divorciado(a) do(a) referido(a).**

Goiânia, _____ de _____ de 20____.

(Assinatura do requerente ou procurador, de acordo com o documento de identificação apresentado)

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE INFORMAÇÃO DE ALTERAÇÃO CADASTRAL

Eu, _____, inscrito(a) no CPF nº _____, **ASSUMO**, sob as penas da lei, inteira responsabilidade de INFORMAR, por escrito, à Goiás Previdência - GOIASPREV, qualquer alteração no meu estado civil, no endereço ou condição física (no caso de pensionista inválido).

A perda da qualidade de dependente previdenciário importa inicialmente na **SUSPENSÃO** e, após o devido processo legal, no **CANCELAMENTO** do benefício previdenciário, bem como no ressarcimento do que foi recebido indevidamente, sem prejuízo das penalidades penais, administrativas e cíveis cabíveis.

Goiânia, _____ de _____ de 20____.

(Assinatura do requerente ou procurador, de acordo com o documento de identificação apresentado)

Obs.1) Informações falsas constituem crime previsto no art. 299 do Código Penal.

Obs.2) Declaração de situação civil elaborada em atendimento a recomendação do Tribunal de Contas do Estado, via Ofício nº 2384 SERV-PUBLICA/2020, constante no processo eletrônico sob o protocolo nº 202000047002531.



ANEXO II

DECLARAÇÃO SOBRE ACUMULAÇÃO DE BENEFÍCIOS

Eu, _____, inscrito(a) no CPF nº _____, declaro sob pena prevista no art. 299 do Código Penal Brasileiro, e em atendimento ao disposto nos §§ 1º e 2º do art. 24 da Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019, que:

1. **RECEBO pensão por morte** neste RPPS ou em outro regime previdenciário:
() não
() sim – Órgão pagador: _____
2. **RECEBO pensão** decorrente de atividades **militares** de que tratam os arts. 42 e 142 da Constituição Federal:
() não
() sim – Órgão pagador: _____
3. **RECEBO aposentadoria** concedida no âmbito do Regime Geral de Previdência Social ou de regime próprio de previdência social:
() não
() sim – Órgão pagador: _____
4. **RECEBO proventos** de inatividade decorrentes das **atividades militares** de que tratam os arts. 42 e 142 da Constituição Federal:
() não
() sim – Órgão pagador: _____
5. **SOLICITEI ou pretendo requerer**, nos próximos 12 meses, aposentadoria ou pensão por morte em outro regime:
() não
() sim – Órgão: _____

Declaro estar ciente que caso haja acumulação de benefícios previdenciários, somente o valor do benefício mais vantajoso será recebido em sua totalidade e os demais serão deduzidos na forma do § 2º do art. 24 da Emenda Constitucional nº 103/2019. **Deste modo, caso não haja manifestação expressa da parte requerente quanto ao benefício que considera mais vantajoso, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados deste requerimento, será considerado mais benéfico aquele que financeiramente superar aos demais.**

Caso receba qualquer dos benefícios acima especificados é necessária a juntada de documentação comprobatória (contracheque ou equivalente).

Goiânia, _____ de _____ de 20 ____.

(Assinatura do requerente ou procurador, de acordo com o documento de identificação apresentado)



DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA
(FOTOCÓPIA LEGÍVEL)

| I – DO SEGURADO FALECIDO: | |
|---|--|
| a) Carteira de Identidade; | |
| b) CPF; | |
| c) <u>Se casado</u> : Certidão de Casamento com inteiro teor, <u>atualizada</u> (emitida nos últimos três meses); ou <u>Se solteiro</u> : Certidão de Nascimento com inteiro teor, <u>atualizada</u> (emitida nos últimos três meses); | |
| d) Certidão de Óbito; ou Certidão de trânsito em julgado da sentença declaratória, em caso de morte presumida ou de ausência; | |
| e) Histórico Funcional emitido pelo órgão de origem do segurado, sendo que caso ele seja aposentado, deverá vir acompanhado de: e.1) cópia de processo de aposentadoria; e.2) atos que comprovam vínculo do segurado em regime celetista no Estado de Goiás, se houver, e consequente os de desvinculação (Portaria, CTPS, Contrato ou Ficha Funcional); e e.3) processo(s) de averbação, se houver. | |
| f) Ficha Financeira Anual: Se aposentado: último ano; Se servidor em atividade: desde o ano de 1994 ou do ano de ingresso se posterior à referida data até a data do óbito; | |
| g) Em caso de falecimento motivado por acidente de trabalho, doença profissional ou do trabalho: apresentar relatório médico atestando a causa da morte e seu nexos com a atividade laboral; | |
| II – DO CÔNJUGE: | |
| a) Carteira de Identidade; | |
| b) Comprovante de Situação Cadastral no CPF; (https://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/cpf/consultasituacao/consultapublica.asp) | |
| c) Comprovante de endereço (contendo o CEP), atualizado (emitido nos últimos três meses); | |
| d) No caso de cônjuge inválido ou com deficiência intelectual, mental ou grave: apresentar relatório médico atestando a invalidez ou a deficiência; | |
| e) Preencher e assinar documentos relacionados nos Anexos I e II; | |

| III – OBSERVAÇÕES: |
|---|
| 1. Serão aceitos como documentos de identificação: Carteira de Trabalho, Passaporte, Carteira Profissional com validade em todo território nacional e CNH com validade efetiva; |
| 2. Bancos credenciados para recebimento do benefício: Caixa Econômica Federal - Poder Executivo; Banco Itaú - Poder Judiciário e Tribunal de Contas dos Municípios; Banco do Brasil - Tribunal de Contas do Estado de Goiás; Banco Santander – Poder Legislativo; Qualquer Banco - Ministério Público do Estado de Goiás. |
| 3. Caso o requerente representado por procuração, tutela ou curatela deverá ser apresentado o documento de identificação do procurador/tutor/curador e a procuração ou o termo de compromisso de tutela ou curatela. |