



Irmão

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, 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 TITULARIDADE DE BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO

Eu, _____, inscrito(a) no
CPF nº _____, **declaro, sob as penas da lei, para todos os fins
necessários que:**

- () não recebo benefício previdenciário em nenhum outro regime de previdência;
() recebo benefício previdenciário oriundo do _____,
cujo valor é de R\$ _____.

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.



DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA
(FOTOCÓPIA LEGÍVEL)

I – DO SEGURADO FALECIDO:
a) Carteira de Identidade;
b) CPF;
c) Certidão de Óbito; ou Em caso de morte presumida ou de ausência: Certidão de trânsito em julgado da sentença declaratória;
d) Histórico Funcional emitido pelo órgão de origem do segurado, sendo que caso ele seja aposentado, deverá vir acompanhado de: d.1) cópia de processo de aposentadoria; d.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 d.3) processo(s) de averbação, se houver.
e) 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;
f) Certidão de casamento do segurado com a mãe do requerente;
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 nexo com a atividade laboral;

II – DO IRMÃO:
1.1 – MENOR DE 16 ANOS:
a) Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento;
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) Provas de Dependência Econômica conforme rol disponibilizado;
e) Certidão do INSS, atestando se recebe benefício previdenciário;
f) Preencher e assinar documento relacionado no Anexo I.
1.2 – MAIOR DE 16 ANOS:
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) Certidão de Nascimento atualizada nos últimos 3 (três) meses;
e) Provas de Dependência Econômica conforme rol disponibilizado;
f) Certidão do INSS, atestando se recebe benefício previdenciário;
g) Preencher e assinar documento relacionado no Anexo I.
1.3 – DEFICIENTE INTELECTUAL, MENTAL OU GRAVE E INVÁLIDO:
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) Certidão de Nascimento atualizada nos últimos 3 (três) meses;
e) Relatório médico atestando a invalidez ou a deficiência e demais provas sugeridas no rol disponibilizado;
f) Provas de Dependência Econômica conforme rol disponibilizado;



g) Certidão do INSS, atestando se recebe benefício previdenciário;
f) Preencher e assinar documento relacionado no Anexo I.
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.

COMPROVAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA

I – Para óbito de segurado ocorrido até 02/06/2013:
a) Cópia da Sentença da Ação Declaratória de Dependência Econômica; b) Certidão contendo a data de sua publicação e do trânsito em julgado.
II – Para óbito de segurado ocorrido de 02/06/2013 a 30/12/2020, apresentação de no mínimo três documentos dentre os abaixo relacionados:
a) Declaração de Imposto de Renda do segurado, em que conste o interessado como seu dependente;
b) Disposições testamentárias em benefício do interessado;
c) Comprovante de depósito contínuo de valores efetuado pelo instituidor da pensão em conta bancária do requerente da mesma, nos últimos seis meses anteriores ao óbito;
d) Comprovante de pagamento de aluguel ou despesas domésticas contínuas do instituidor da pensão em benefício do requerente da mesma, nos últimos seis meses anteriores ao óbito;
e) Comprovante de pagamento contínuo pelo instituidor da pensão de mensalidades escolares do interessado;
f) Certidão negativa de registro de imóveis em nome do requerente da pensão emitida por cartórios de registro de imóveis da circunscrição do seu domicílio, ressalvado o imóvel próprio de sua moradia;
g) Certidão negativa emitida pelo INSS de inscrição pelo exercício de atividade de filiação obrigatória e recebimento de benefício previdenciário;
h) Certidão negativa de inscrição no FGTS emitida pela Caixa Econômica Federal;
i) Inscrição em instituição de assistência médica da qual constem o segurado como titular e o interessado como dependente.
Observações: A GOIASPREV, diante da análise e valoração da documentação relacionada, considerando-a insuficiente para comprovação da dependência econômica, poderá solicitar que esta seja declarada judicialmente, ressalvando que o pedido inicial de concessão do benefício instruído com decisão judicial transitada em julgado, em que houve a participação do Estado de Goiás ou da GOIASPREV na demanda, dispensará a apresentação de outras provas;

**II – Para óbito de segurado ocorrido após 30/12/2020, apresentação de no mínimo três documentos dentre os abaixo relacionados:**

- a) declaração de Imposto de Renda do segurado, em que conste o interessado como seu dependente;
- b) disposições testamentárias em benefício do interessado;
- c) comprovantes de depósitos ou transferências contínuos de valores, devidamente identificados, efetuados pelo instituidor da pensão em conta bancária do(a) requerente, nos últimos 6 (seis) meses anteriores ao óbito;
- d) comprovantes de pagamentos de aluguéis ou despesas domésticas contínuas pelo instituidor da pensão em benefício do(a) requerente, devidamente identificados, nos últimos 6 (seis) meses anteriores ao óbito;
- e) comprovantes de pagamentos contínuos pelo instituidor da pensão de mensalidades escolares do(a) requerente;
- f) declaração emitida pelo INSS de não inscrição pelo exercício de atividade de filiação obrigatória e de não recebimento de benefício previdenciário superior a 1 (um) salário mínimo nacional; e
- g) inscrição em instituição de assistência médica da qual constem o segurado como titular e o interessado como dependente

Observações:

A GOIASPREV, diante da análise e valoração da documentação relacionada, considerando-a insuficiente para comprovação da dependência econômica, **poderá solicitar a apresentação de documentos específicos ou que a dependência econômica seja declarada judicialmente.**

As provas de dependência econômica exigem início de prova material contemporânea dos fatos, produzido em período não superior a 24 (vinte e quatro) meses anterior à data do óbito.

ROL SUGESTIVO DE PROVAS DE INVALIDEZ

01	Atestado médico particular que precise exatamente a data de início da doença;
02	Cópia dos prontuários médicos referentes ao tratamento da alegada doença, que comprovem seu início antes dos 21 anos de idade;
03	Cópia de documentos que comprovem que o interessado tenha participado/matriculado, na menoridade previdenciária, em algum Ensino Especial;
04	Cópia do histórico escolar do interessado em ano letivo anterior aos 21 anos de idade;
05	Cópia de documento que comprove a dispensa do alistamento obrigatório do exército ou alistamento eleitoral, por motivo da respectiva doença; e
06	Outros documentos que demonstrem que a incapacidade se iniciou na menoridade previdenciária.