



Irmão	REQUERIMENTO DE PENSÃO POR MORTE DE SERVIDOR CIVIL
V-2	

DADOS DO SEGURADO (A)

Segurado(a): _____	CPF nº: _____
Cargo: _____	Órgão de origem: _____
DATA DO ÓBITO: ____/____/____	Ativo: () Inativo: ()
Falecimento motivado por: a) acidente de trabalho, doença profissional ou do trabalho: () Sim () Não	

PRETENSO PENSIONISTA / REQUERENTE

Nome: _____	CPF: _____
RG nº: _____	Órgão Expedidor: _____
Data da expedição: _____	
Endereço: _____	Qd.:_Lt.:_nº: _____
Complemento: _____	Bairro: _____
Cidade: _____ UF: _____	
CEP.: _____	Telefone: _____
E-mail: _____	
Requerente portador de invalidez total e permanente ou deficiência intelectual, mental ou grave: () Sim () Não	

PROCURADOR / CURADOR/ TUTOR

Nome: _____	CPF nº: _____
Endereço: _____	
Telefone: _____	
E-mail: _____	

OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE O REQUERIMENTO

<input type="checkbox"/> Autorizo o envio de notificações/comunicações via endereço eletrônico (E-mail) informado acima.
<input type="checkbox"/> Ciente da necessidade de abertura de conta corrente para recebimento do benefício, no banco credenciado pelo Poder ou Órgão Autônomo.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> Ciente de que informações falsas constituem crime previsto no art. 299 do Código Penal.

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) 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) 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 IRMÃO:
1.1 – MENOR DE 16 ANOS:
a) Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento;
b) CPF;
c) Comprovante de endereço (contendo o CEP), atualizado (emitido nos últimos três meses).
d) Provas de Dependência Econômica conforme Anexo III;
e) Certidão do INSS, atestando se recebe benefício previdenciário;
f) Preencher e assinar documento relacionado no Anexo I e II.
1.2 – MAIOR DE 16 ANOS:
a) Carteira de Identidade;
b) CPF;
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 Anexo III;
f) Certidão do INSS, atestando se recebe benefício previdenciário;
g) Preencher e assinar documento relacionado no Anexo I e II.
1.3 – DEFICIENTE INTELECTUAL, MENTAL OU GRAVE E INVÁLIDO:
a) Carteira de Identidade;
b) CPF;
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 Anexo IV;
f) Provas de Dependência Econômica conforme Anexo III;
g) Certidão do INSS, atestando se recebe benefício previdenciário;
f) Preencher e assinar documento relacionado no Anexo 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.



ANEXO I

**TERMO DE RESPONSABILIDADE DE INFORMAÇÃO
DE ALTERAÇÃO CADASTRAL**

Requerente:

RG:

CPF:

Endereço:

Cidade:

Estado:

Telefone:

Email:

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.

_____, ____/____/____.
(Local / Data)

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



ANEXO II

DECLARAÇÃO DE TITULARIDADE DE BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO

Eu, _____, inscrito(a) no CPF nº _____-____ e portador(a) da Carteira de Identidade nº _____, **declaro, sob as penas da lei, para todos os fins necessários que:**

- () recebo benefício no Regime Geral de Previdência Social – Instituto Nacional do Seguro Social – INSS no valor de R\$ _____;
- () recebo benefício no Regime Próprio de Previdência de Social – RGPS _____ no valor mensal de R\$ _____;
- () não recebo benefício previdenciário em nenhum outro regime de previdência.

Goiânia, _____ de _____ de 20 _____.

(Assinatura do requerente, de acordo com o documento de identidade apresentado)

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

Obs.2) Declaração 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 III

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:

- c) Declaração de Imposto de Renda do segurado, em que conste o interessado como seu dependente;
- d) Disposições testamentárias em benefício do interessado;
- e) 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;
- f) 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;
- g) Comprovante de pagamento contínuo pelo instituidor da pensão de mensalidades escolares do interessado;
- h) 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;
- i) Certidão negativa emitida pelo INSS de inscrição pelo exercício de atividade de filiação obrigatória e recebimento de benefício previdenciário;
- j) Certidão negativa de inscrição no FGTS emitida pela Caixa Econômica Federal;
- k) 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 as abaixo relacionadas:

- 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: <ol style="list-style-type: none">1. 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.2. 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.

**ANEXO IV****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.