



Estado de Goiás

Versão 1

REQUERIMENTO DE PENSÃO MILITAR Irmão (ã)

MILITAR

Nome: _____ CPF nº: _____

Posto/graduação: _____ Órgão de origem: _____

DATA DO ÓBITO: ____ / ____ / ____ Ativo: () Inativo: ()

Falecimento motivado por acidente em serviço ou doença adquirida relacionada ao serviço? Sim () Não ()

REQUERENTE

Nome: _____ CPF: _____

RG nº: _____ Órgão expedidor: _____ Estado civil: _____

Endereço: _____ Qd.: _____ Lt.: _____ nº: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ Fone: _____ E-mail: _____

Com invalidez total e permanente? Sim () Não () Parentesco com o militar: _____

PROCURADOR(A)

Nome: _____ CPF: _____

Carteira de Identidade nº: _____ Órgão expedidor: _____

Endereço: _____ Qd.: _____ Lt.: _____ nº: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ Fone: _____ E-mail: _____

MOTIVO DO REQUERIMENTO

Autorizo receber notificações/comunicações no e-mail acima mencionado.

Goiânia, _____ de _____ de 20 _____

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



Estado de Goiás

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA (Fotocópia Legível)

I – DO MILITAR FALECIDO:

- 1) Carteira de identidade;
- 2) CPF;
- 3) Certidão de óbito;
 - Em caso de ausência ou morte presumida: decisão judicial que declarou a ausência ou morte presumida e respectiva certidão de trânsito em julgado;
 - Se houver extravio do militar: publicação da decisão administrativa que tenha reconhecido o extravio do militar;
- 4) Histórico funcional emitido pela respectiva corporação do militar falecido (Polícia Militar ou Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás);
- 5) Militar na inatividade: ato de transferência para a reserva remunerada ou ato de reforma do militar, devidamente publicado;
- 6) Declaração de beneficiários do militar, caso tenha sido preenchida em vida pelo militar;
- 7) Em caso de falecimento em consequência de acidente em serviço: apresentar boletim de ocorrência ou documento emitido pela Junta Médica Militar, que ateste a causa da morte e seu nexo de causalidade com a atividade laboral;
- 8) Em caso de doença adquirida relacionada ao serviço: documento da Junta Médica Militar, que ateste a causa da morte e seu nexo de causalidade com a atividade laboral;
- 9) Ficha financeira anual referente ao período de 18 meses anteriores ao óbito.

II – DO(A) IRMÃO(Ã):

- MENOR DE 16 ANOS DE IDADE:

- 1) Certidão de nascimento (não precisa ser atualizada);
- 2) CPF;
- 3) Carteira de identidade (caso possua);
- 4) Comprovante de endereço (com CEP), atualizado (emitido nos últimos três meses);
- 5) Requerimento de pensão militar assinado por seu representante legal ou por procurador(a) constituído(a) e documento de identificação do(a) procurador(a). Se a procuração for outorgada à pessoa física que não seja advogado(a), há necessidade de reconhecimento de firma do(a) outorgante;
- 6) Certidão de óbito dos pais;
- 7) Preencher e assinar o anexo I; e
- 8) Conta corrente na Caixa Econômica Federal.

- MAIOR DE 16 ANOS DE IDADE:

- 1) Certidão de nascimento atualizada emitida nos últimos três meses;
- 2) CPF;
- 3) Carteira de identidade (caso possua);
- 4) Comprovante de endereço (contendo o CEP), atualizado (emitido nos últimos três meses);
- 5) Requerimento de pensão militar:
 - Assinado pelo(a) requerente (com 16 anos completos até 18 anos incompletos) e por seu representante legal ou por procurador(a) constituído(a);
 - Assinado pelo(a) requerente a partir de 18 anos de idade completos ou por procurador(a) constituído(a);



Estado de Goiás

- 6) Caso o(a) requerente seja representado(a) por procurador(a): apresentar procuração (se for outorgada à pessoa física que não seja advogado(a), há necessidade de reconhecimento de firma do(a) outorgante e documento de identificação do(a) procurador(a);
- 7) Certidão de óbito dos pais;
- 8) Preencher e assinar os anexos I e II;
- 9) Conta corrente na Caixa Econômica Federal.

- ESTUDANTE UNIVERSITÁRIO(A):

- 1) Certidão de nascimento atualizada emitida nos últimos três meses;
- 2) CPF;
- 3) Carteira de identidade (caso possua);
- 4) Comprovante de endereço (contendo o CEP), atualizado (emitido nos últimos três meses);
- 5) Certidão de óbito dos pais;
- 6) Caso o(a) requerente seja representado(a) por procurador(a): apresentar procuração (se for outorgada à pessoa física que não seja advogado(a), há necessidade de reconhecimento de firma do(a) outorgante) e documento de identificação do(a) procurador(a);
- 7) Comprovação da matrícula e frequência em instituição de ensino superior;
- 8) Preencher e assinar os anexos I e II;
- 9) Conta corrente na Caixa Econômica Federal.

- INVÁLIDO:

- 1) Certidão de nascimento atualizada emitida nos últimos três meses;
- 2) CPF;
- 3) Carteira de identidade (caso possua);
- 4) Comprovante de endereço (contendo o CEP), atualizado (emitido nos últimos três meses);
- 5) Relatório médico atestando a invalidez, exames e demais provas sugeridas no anexo IV;
- 6) Preencher e assinar os anexos I e II;
- 7) Se for aposentado(a): contracheque da aposentadoria do(a) requerente referente ao mês do óbito do militar;
- 8) Se aposentado(a) do INSS: histórico de créditos da competência do mês do óbito do militar;
- 9) Caso o(a) requerente seja representado(a) por procurador(a) ou curador(a): apresentar procuração (se for outorgada à pessoa física que não seja advogado(a), há necessidade de reconhecimento de firma do(a) outorgante) ou o termo de compromisso da curatela e o documento de identificação do(a) procurador(a) ou do(a) curador(a);
- 10) Certidão de óbito dos pais;
- 11) Comprovação da invalidez (anexo IV);
- 12) Conta corrente na Caixa Econômica Federal.



Estado de Goiás

ANEXO I

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE INFORMAÇÃO DE ALTERAÇÃO CADASTRAL – MILITAR

Pelo presente, eu, _____

RG nº: _____ CPF: _____

Endereço: _____ Qd: _____ Lt: _____ Nº: _____

Setor: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Telefones: _____, na qualidade de pensionista, **ASSUMO**, sob as penas da Lei, inteira responsabilidade de INFORMAR por escrito à Goiás Previdência - GOIASPREV, qualquer alteração no meu estado civil, endereço, condição física (no caso de pensionista inválido) e na condição econômica (no caso de pensionista por dependência econômica).

A falta de cumprimento deste termo importará na **SUSPENSÃO** ou **CANCELAMENTO** do benefício, bem como no ressarcimento do que foi recebido indevidamente, sem prejuízo das penalidades previstas no art. 171 do Código Penal e art. 884 do Código Civil.

_____, ____/____/____
Local / Data

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

Cód. Penal: Art. 171, “Obter para si ou para outrem, vantagem ilícita, em prejuízo alheio, induzindo ou mantendo alguém em erro, mediante artifício arдил ou qualquer outro meio fraudulento”.

Cód. Civil: Art. 884, “Aquele que sem justa causa, se enriquecer à custa de outrem, será obrigado a restituir o indevidamente auferido, feita a atualização dos valores monetários”.



Estado de Goiás

ANEXO II

DECLARAÇÃO SOBRE ACUMULAÇÃO DE BENEFÍCIOS – MILITAR

Nome: _____ CPF: _____
RG nº _____ Órgão Expedidor: _____ Data da Expedição: _____
Endereço: _____ Qd: _____ Lt: _____ Nº _____
Complemento: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
E-mail: _____ Telefone: _____

Declaro, sob as penas da lei, 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 em qualquer Regime Previdenciário (Próprio ou Geral):

() não

() sim – Especificar: _____

2 – RECEBO pensão decorrente de atividades militares de que tratam os arts. 42 e 142 da Constituição Federal (ou de qualquer outro Sistema de Proteção Social dos militares):

() não

() sim – Especificar: _____

3 – RECEBO aposentadoria concedida no âmbito do Regime Geral de Previdência Social ou de Regime Próprio de Previdência Social:

() não

() sim – Especificar: _____

4 – RECEBO proventos de inatividade decorrentes das atividades militares de que tratam os arts. 42 e 142 da Constituição Federal (ou de qualquer outro Sistema de Proteção Social dos militares):

() não

() sim – Especificar: _____

5 – Caso receba qualquer dos benefícios acima especificados é necessária a juntada de documentação comprobatória (contracheque ou comprovante de rendimentos ou Histórico de Créditos emitido pelo INSS do(a) requerente do mês do óbito do militar); e

6 – Declaro, ainda, estar ciente que caso haja acumulação de benefícios acima especificados, no momento oportuno, haverá a escolha do valor integral do benefício mais vantajoso e de uma parte do outro benefício, apurado na forma do § 2º do art. 24 da Emenda Constitucional nº 103/2019.

Código Penal Brasileiro.

Artigo 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Goiânia, _____ de _____ de 20____

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



Estado de Goiás

ANEXO IV

PROVAS DE INVALIDEZ - MILITAR

A comprovação da invalidez ou de deficiência intelectual, mental ou grave, para apreciação pela Junta Médica Oficial do Estado, poderá ser feita por meio da apresentação dos seguintes documentos:

- 1) Atestado médico particular que precise exatamente a data de início da doença;
- 2) Exames e cópia dos prontuários médicos referente ao tratamento da alegada doença, que comprovem seu início antes dos 21 anos de idade;
- 3) Cópia de documentos que comprovem que o(a) interessado(a) tenha participado/matriculado em algum ensino especial;
- 4) Cópia do histórico escolar do(a) interessado(a) em ano letivo anterior aos 21 anos de idade;
- 5) Cópia de documento que comprove a dispensa do alistamento obrigatório do exército ou alistamento eleitoral, por motivo da respectiva doença; e
- 6) Outros documentos que demonstrem que a incapacidade se iniciou antes dos 21 anos de idade.