

REQUERIMENTO PARA PENSÃO POR MORTE DE SEGURADO

Dados Pessoais - Funcionais

SEGURADO: _____

DATA DO ÓBITO: _____ SITUACÃO FUNCIONAL: _____
() ATIVO () APOSENTADO

REQUERENTE: _____

ENDEREÇO DO REQUERENTE: _____

CIDADE/UF: _____ CEP: _____ FONE: _____ FONE CONTATO: _____

EMAIL: _____

BENEFICIÁRIOS DA PENSÃO	
NOME	VÍNCULO

Vínculos: Cônjuge - Companheiro(a) - Ex-cônjuge com pensão alimentícia - Filho menor - Filho inválido - Mãe ou Pai dependente - Irmão inválido e dependente - Menor sob tutela - Outros (especificar).

***** DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS – CÓPIAS LEGÍVEIS *****

Lista de Documentos

- | | | |
|--|---|--|
| <p>DOCUMENTOS DO(S) REQUERENTE(S) / DEPENDENTES PREVIDENCIÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE CASAMENTO (SE CÔNJUGE – ATUALIZADA*) OU COMPROVANTE DE UNIÃO ESTÁVEL; <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE NASCIMENTO (FILHO/IRMÃO MENOR OU INVÁLIDO) <input type="checkbox"/> RG; <input type="checkbox"/> CPF; <input type="checkbox"/> TÍTULO DE ELEITOR (SE MAIOR DE IDADE); <input type="checkbox"/> COMPROVANTE DE ENDEREÇO; <input type="checkbox"/> NÚMERO DE INSCRIÇÃO PIS/PASEP; <input type="checkbox"/> RG E CPF DO SEGURADO; <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE BENEFÍCIO** <p>* Certidão atualizada emitida no Cartório de Registro Civil em que ocorreu o casamento.</p> <p>* Declaração de Acúmulo de Benefícios deverá ser INDIVIDUAL por dependente.</p> | <p>DOCUMENTOS DO SEGURADO FALECIDO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE ÓBITO (DO SEGURADO); <input type="checkbox"/> RG; <input type="checkbox"/> CPF. <p>DOCUMENTOS DOS FILHOS DEIXADOS PELO FALECIDO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE NASCIMENTO / CASAMENTO / ÓBITO. <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE PRÓPRIO PUNHO FIRMADA PELO REQUERENTE (SE INEXISTIR FILHOS DO SEGURADO OU NÃO TIVER A CERTIDÃO DE NASCIMENTO / CASAMENTO / ÓBITO). | <p>DOCUMENTOS COMPLEMENTARES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SENTENÇA JUDICIAL (EX-CÔNJUGE PENSIONISTA); <input type="checkbox"/> LAUDO MÉDICO ATUALIZADO (DEPENDENTE INVÁLIDO); <input type="checkbox"/> TERMO DE TUTELA (MENOR SOB TUTELA); <input type="checkbox"/> TERMO DE CURATELA (DEPENDENTE INTERDITADO); <input type="checkbox"/> PROVA DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA (MÃE/PAI OU IRMÃO MENOR OU INVÁLIDO DE SEGURADO FALECIDO); <input type="checkbox"/> PROCURAÇÃO (SE NECESSÁRIO). |
|--|---|--|

Conclusão

OBSERVAÇÕES: _____

Anápolis, ____ de _____ 20 ____

Assinatura do Requerente