



REQUERIMENTO DE REVERSÃO DE COTA-PARTE OU RECÁLCULO DE PENSÃO POR MORTE

SEGURADO (A)

Segurado (a): _____
 Cargo: _____ Órgão de origem: _____
 CPF: _____ Data do óbito: ____ / ____ / ____

REQUERENTE OU REPRESENTANTE

Nome: _____
 CPF: _____ RG: _____
 Endereço: _____ Qd.: _____ Lt.: _____ nº: _____
 Complemento: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
 Fone: _____
 E-mail: _____
Nº do processo originário do benefício: _____

COTA EXTINTA

Nome: _____
 Motivo: _____

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA DO REQUERENTE (Cópia legível)

1. () Carteira de Identidade;
2. () CPF;
3. () Comprovante de Endereço atualizado referente aos últimos três meses;
4. () Documento que comprove a condição extintiva na cota a ser revertida.

Obs.1) No curso da análise processual, poderão ser solicitados outros documentos.

Obs.2) Informações falsas constituem crime previsto no art. 299 do Código Penal.

() Autorizo o envio de notificações/comunicações via endereço eletrônico (E-mail) informado acima.

Goiânia, _____ de _____ de 20_____.

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