



Filho
V -1

REQUERIMENTO DE PENSÃO POR MORTE DE SERVIDOR CIVIL

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

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

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 ou o espelho com o número do processo de solicitação;
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 FILHO:

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) Preencher e assinar documento relacionado no Anexo I. |

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) Preencher e assinar documento relacionado no Anexo I. |

1.2 – 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 II; |
| 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. |



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****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.