



Estado de Goiás

Versão 1

REQUERIMENTO DE PENSÃO MILITAR Cônjuge

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 casamento atualizada (emitida nos últimos três meses, após o óbito do militar);
- 4) 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;
- 5) Histórico funcional emitido pela respectiva corporação do militar falecido (Polícia Militar ou Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás);
- 6) Militar na inatividade: ato de transferência para a reserva remunerada ou ato de reforma do militar, devidamente publicado;
- 7) Declaração de beneficiários do militar, caso tenha sido preenchida em vida pelo militar;
- 8) 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;
- 9) 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;
- 10) Ficha financeira anual referente ao período de 18 meses anteriores ao óbito.

II – DO CÔNJUGE:

- 1) Carteira de identidade;
- 2) CPF;
- 3) Comprovante de endereço (com o CEP), atualizado (emitido nos últimos três meses);
- 4) 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);
- 5) Preencher e assinar os anexos I, II e III;
- 6) Se o cônjuge for aposentado(a): contracheque da aposentadoria do cônjuge(requerente) do mês do óbito do militar;
- 7) Se aposentado(a) do INSS: histórico de créditos da competência do mês do óbito do militar.

OBSERVAÇÕES:

- 1) Serão aceitos como documentos de identificação: CNH, Carteira de Trabalho, Passaporte e Carteira Profissional com validade em todo território nacional;
- 2) Banco credenciado para recebimento do benefício: 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(a) 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 ardil 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 III

DECLARAÇÃO DE SITUAÇÃO CIVIL

Eu, _____, inscrito(a)
no CPF nº _____ - _____ e portador(a) da Carteira de Identidade /
RG nº _____, **declaro, sob as penas da lei, para todos
os fins necessários que na data do óbito do militar _____
_____, não estava separado(a) de fato ou divorciado(a)
do(a) referido(a).**

Goiânia, _____ de _____ de 20_____.

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

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