

	<p>IPE Prev Diretoria de Benefícios Gerência de Pensões</p>	<p align="center">REQUERIMENTO DE CONCESSÃO DE PENSÃO POR MORTE</p>
---	--	---

Solicito a concessão de pensão por morte, em conformidade com a legislação vigente no fato gerador.

1. Dados do requerente

Nome completo*:		
Data de nascimento*:	CPF*:	RG*:
Endereço*:		
Bairro*:	CEP*:	
Cidade*:	UF*:	

* preenchimento obrigatório

2. Dados de contato do requerente

Telefone fixo: ()	Telefone celular*: ()																								
E-mail*:																									
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																									

* preenchimento obrigatório

3. Dados do representante

Em caso de apresentação de requerimento por representante, informar: (assinalar somente um tipo de representação)

Tipo de representação*:	<input type="checkbox"/> Pai/Mãe – obrigatório para requerente menor de 18 anos <input type="checkbox"/> Curador – obrigatório para requerente curatelado <input type="checkbox"/> Tutor – obrigatório para requerente tutelado <input type="checkbox"/> Guardião - obrigatório para requerente menor sob guarda <input type="checkbox"/> Procurador																									
Nome completo*:																										
CPF*:	RG*:																									
Endereço*:																										
Bairro*:	CEP*:																									
Cidade*:	UF*:																									
Telefone fixo*: ()	Telefone celular*: ()																									
E-mail*:																										
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																										

* preenchimento obrigatório

4. Dados do servidor(a) falecido(a)

Nome completo*:	
CPF*:	Matrícula IPE (13 dígitos):
Data do óbito*:	

* preenchimento obrigatório

Rubrica do requerente ou representante:

5. Grau de dependência*

Assinalar somente uma opção:

<input type="checkbox"/> Companheiro (a) convivente <input type="checkbox"/> Companheiro (a)/conv com invalidez/deficiência <input type="checkbox"/> Cônjuge feminino <input type="checkbox"/> Cônjuge feminino com invalidez/deficiência <input type="checkbox"/> Cônjuge masculino <input type="checkbox"/> Cônjuge masculino com invalidez/deficiência <input type="checkbox"/> Enteadado (a) com invalidez/deficiência grave/deficiência intelectual ou mental <input type="checkbox"/> Enteadado (a) solteiro (a) estudante <input type="checkbox"/> Enteadado(a) solteiro (a) <input type="checkbox"/> Ex-comp/convivente com pensão alimentícia <input type="checkbox"/> Ex-cônjuge com pensão alimentícia <input type="checkbox"/> Filho (a) com invalidez/deficiência grave/deficiência intelectual ou mental <input type="checkbox"/> Filho (a) menor <input type="checkbox"/> Filho (a) solteiro(a) estudante	<input type="checkbox"/> Irmão (ã) com invalidez/deficiência grave/deficiência intelectual ou mental <input type="checkbox"/> Irmão (ã) solteiro (a) <input type="checkbox"/> Irmão (ã) solteiro (a) estudante <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Menor sob guarda <input type="checkbox"/> Menor sob guarda com invalidez/deficiência grave/deficiência intelectual ou mental <input type="checkbox"/> Menor sob guarda solteiro (a) estudante <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Tutelado (a) <input type="checkbox"/> Tutelado (a) com invalidez/deficiência grave/deficiência intelectual ou mental <input type="checkbox"/> Tutelado (a) solteiro (a) estudante <input type="checkbox"/> Outros [especificar a dependência: _____]
---	--

* preenchimento obrigatório

6. Declaração

Declaro, para fins de solicitação de concessão de pensão por morte, que:

- todos os documentos entregues são autênticos, bem como as informações ora prestadas são verdadeiras, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e penal, conforme Art. 299 do Código Penal Brasileiro (falsidade ideológica);
- tenho ciência de que os canais de comunicação do IPE Prev para com seus beneficiários são o e-mail e/ou mensagens por telefone celular, sendo requisito para o processamento do beneficiário previdenciário o cadastro atualizado e completo do requerente (telefone celular e e-mail), conforme Portaria IPE Prev nº 25/2019.

_____, ____ de _____ de _____.
(Cidade e data de preenchimento)

e/ou

(Assinatura do Requerente)

(Assinatura do Representante)

Observações:

A assinatura do requerente é obrigatória, exceto se houver representante legal, devendo ser idêntica ao documento de identidade apresentado. Não há necessidade de reconhecimento de firma.

No caso de haver representante legal, o requerente também poderá assinar este requerimento, valendo sua assinatura como uma prova de vida, dispensando, portanto, as exigências de prova de vida conforme a RDO.

Observações:

A assinatura do representante é obrigatória quando preenchido o item 3 (dados do representante), devendo ser idêntica ao documento de identidade apresentado. Não há necessidade de reconhecimento de firma.

Se houver somente a assinatura do representante, deverá ser apresentada uma prova de vida do requerente, conforme a RDO.

Se requerente menor de 18 anos, curatelado, tutelado ou menor sob guarda, é obrigatória a assinatura do representante legal.