

	<p><b>IPE Prev</b> Diretoria de Benefícios Gerência de Pensões</p>	<p align="center"><b>REQUERIMENTO DE RESTABELECIMENTO DE PENSÃO POR MORTE</b></p> <p align="center"><b>*Formulário exclusivo para atendimento durante a vigência das ações para redução da propagação do Covid-19</b></p>
--	--	---

Solicito o restabelecimento 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**

Telefone fixo: ( )	Telefone celular*: ( )
E-mail*:	

\* preenchimento obrigatório

**3. Dados do representante legal (procurador/curador)**

Em caso de apresentação de requerimento por representante legal (procurador ou curador), informar:

Nome completo*:	
CPF*:	RG:
Telefone fixo*: ( )	Telefone celular*: ( )
E-mail*:	

\* preenchimento obrigatório

**4. Grau de dependência**

<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

## 5. Declaração

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

- 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 \_\_\_\_\_.  
(Local e data)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Requerente ou Representante Legal)

---

Orientações para o preenchimento:

- a assinatura do requerente ou representante legal não necessita de reconhecimento de firma, desde que assinado conforme cópia do documento de identidade apresentado/enviado;
- no caso do requerente ser menor de idade, o responsável legal deve assinar o requerimento além do próprio requerente;
- se o requerente menor de idade não possuir documento de identidade com assinatura, o responsável legal deve assinar o requerimento e deverá ser entregue uma prova de vida do requerente, conforme RDO;
- se o requerimento for assinado pelo representante legal, deverá ser apresentada uma prova de vida do requerente, conforme RDO.