

	IPE Prev Diretoria de Benefícios Gerência de Pensões	REQUERIMENTO DE RESTABELECIMENTO DE PENSÃO POR MORTE
---	---	--

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"/> Enteado (a) com invalidez/deficiência grave/deficiência intelectual ou mental <input type="checkbox"/> Enteado (a) solteiro (a) estudante <input type="checkbox"/> Enteado(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.