



REQUERIMENTO DE PENSÃO

1. Identificação do Ex – servidor(a):

Nome:	
SIAPE:	Data do Óbito:

2. Dados do(a) solicitante:

Nome:		CPF:
Identidade:	Órgão Expedidor:	Data de Expedição:
E-mail:		Telefone(s): () ()
Endereço:		Bairro:
Cidade:	Estado:	CEP:

O(a) requerente é dependente inválido ou com deficiência intelectual, mental ou grave, nos termos do art. 23, § 2º, da Emenda Constitucional nº 103/2019? Em caso positivo, apresentar o laudo médico.

- ☐ SIM
☐ NÃO

3. Documentos Necessários:

- Certidão de Óbito;
- CPF do servidor e do solicitante;
- Identidade (RG) do servidor e do solicitante;
- Título de eleitor do solicitante;
- Certidão de casamento atualizada (para cônjuge) – via emitida há, no máximo, 90 dias;
- Certidão de nascimento ou de casamento atualizada com averbação do divórcio ou declaração de união estável (para companheiro);
- Certidão de nascimento (para filhos menores ou maiores com invalidez);
- Último contracheque;
- Comprovante de endereço atualizado;
- Cópia da proposta de abertura da conta corrente e conta salário em nome do solicitante;
- Outros documentos que se façam necessários (comprovação de tutela ou curatela, designação de dependentes, laudo médico no caso de beneficiário inválido ou deficiente, comprovação de dependência econômica e comprovante judicial de percepção de pensão alimentícia).



4. SOLICITO PENSÃO POR MORTE, NA QUALIDADE DE:

- ☐ Cônjuge;
- ☐ Cônjuge divorciado ou separado judicialmente ou de fato, com percepção de pensão alimentícia estabelecida judicialmente;
- ☐ Companheiro(a) que comprove união estável como entidade familiar;
- ☐ Filho menor de 21 anos;
- ☐ Filho inválido;
- ☐ Filho com deficiência intelectual ou mental;
- ☐ Mãe ou pai que comprovem dependência econômica do servidor;
- ☐ Irmão de qualquer condição que comprove dependência econômica do servidor e seja: menor de 21 anos, ou inválido, ou que tenha deficiência intelectual ou mental.

5. Isenção de imposto de renda:

Caso o(a) requerente seja portador(a) de doença especificada na lei 7.713/1988, deverá assinalar a opção abaixo e apresentar o laudo médico correspondente para que seja realizada a perícia médica oficial:

- ☐ Venho REQUERER o reconhecimento pela UFRPE de ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA FONTE sobre os valores a serem recebidos por mim, nos termos das Leis 7.713/1988 e 9.250/1995, caso haja a concessão da pensão. Para tanto, apresento o LAUDO MÉDICO em anexo.



6. DECLARAÇÃO:

Eu, _____, CPF Nº _____,

Telefone: () _____, DECLARO para fins de percepção de **PENSÃO VITALÍCIA OU TEMPORÁRIA**, nos termos do disposto do art. 217 da Lei Nº 8.112/1990 e de acordo com o Manual de Aposentadorias e Pensões Cíveis e Normas Complementares do Tribunal de Contas da União que:

- ☐ Não percebo outro benefício do Erário.
☐ Percebo benefício(s) pago(s) do Erário.

Tipo: () Pensão () Aposentadoria () BPC

OBS: Caso perceba um dos benefícios acima, apresentar portaria de concessão ou contracheque.

Órgão/Entidade: _____
Natureza: _____
Órgão/Entidade: _____
Natureza: _____

Dados do Instituidor: (apenas preencher se possuir outra pensão do erário)

Nome: _____
SIAPE: _____ Data do falecimento: _____
Grau de Parentesco: _____

Estou ciente de que:

- Devo me **RECADASTRAR ANUALMENTE**, no **mês do meu aniversário**, em qualquer agência do banco onde receba a pensão civil ou através do aplicativo SouGov.
- Devo assumir todo e qualquer risco, responsabilidade e ônus referente à **veracidade das informações** acima prestadas e dos documentos apresentados, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e penal, conforme art. 298 e 299 do Código Penal Brasileiro (falsidade ideológica).
- De acordo com o art. 219 da Lei Nº 8.112/90, a pensão poderá ser requisitada a qualquer tempo, prescrevendo tão-somente as prestações exigíveis há mais de 5 (cinco) anos.
- Conforme o art. 225 da Lei Nº 8.112/90, ressalvado o direito de opção, é **vedada** a percepção cumulativa de pensão deixada por mais de um cônjuge ou companheiro(a) e de mais de 2 pensões.

Assinatura

RECIFE, ____ de _____ de 20 ____.