**PEDIDO DE PENSÃO – GENITORES**

**Dados do(a) servidor(a) falecido(a):**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome Completo: | Sexo: ( ) F ( ) M |
| Órgão de lotação: | CPF: |
| O servidor era aposentado junto ao ISSBLU? ( ) SIM ( ) NÃO | |

**Documentação do(a) servidor(a) falecido(a):**

|  |
| --- |
| **( ) Certidão de Óbito;**  **( ) RG e CPF;**  **( ) Comprovante de residência atualizado;** |

**Dados do(a) beneficiário(a):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome Completo: | | | | | Sexo: ( ) F ( ) M | | |
| Data de Nasc.: | | | RG/Órgão: | | | | |
| CPF: | | | PIS/PASEP: | | | | |
| Endereço: | | | | | | | |
| Nº: | Complemento: | | | | | CEP: | |
| Bairro: | | Município: | | | | | UF: |
| Telefone: ( ) | | Celular: ( ) | | Recado: ( ) | | | |
| E-mail (*obrigatório):* | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  | | --- | | 1. É inválido(a) ou possui deficiência intelectual, mental ou grave?   Se **SIM,** apresentar documentos médicos para análise. | | ( ) SIM ( ) NÃO |
| 1. É dependente economicamente do(a) servidor(a)? | ( ) SIM ( ) NÃO |
| 1. Morava na mesma residência do servidor(a)? | ( ) SIM ( ) NÃO |
| 1. Recebe atualmente salários, pensões alimentícias, benefícios previdenciários de qualquer sistema de Seguridade ou Previdência, benefícios sociais, comissões, pró-labore, outros rendimentos do trabalho não assalariado, rendimentos do mercado informal ou autônomo, rendimentos auferidos do patrimônio | ( ) SIM ( ) NÃO |
| 1. Estado civil.   **“Casado(a) ou União Estável”** apresenta o Extrato do Cadastro Nacional de Informações Sociais – CNIS de vínculos, benefícios e contribuições, obtido junto ao INSS com o nº do PIS/PASEP ou NIT, **do respectivo cônjuge ou companheiro, ou declaração acerca de rendimentos, mediante comprovação.** | ( ) Solteiro(a)  ( ) Viúvo(a)  ( ) Casado(a)  ( ) Divorciado(a)  ( ) União Estável  ( ) Separado de fato |
| 1. Possui outros descendentes maiores de 18 anos?   Em caso **afirmativo**, indique-os e apresente comprovação de rendimentos: | ( ) SIM ( ) NÃO |
| 1. Alguém presta assistência médica ou financeira? | ( ) SIM ( ) NÃO |

**Dados do(a) Representante Legal (se houver):**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome Completo: | | | | | | |
| RG/Órgão: | | | CPF: | | | |
| Endereço: | | | | | | |
| Nº: | Complemento: | | | | CEP: | |
| Bairro: | | Município: | | | | UF: |
| Telefone: ( ) | | Celular: ( ) | | Recado: ( ) | | |
| E-mail (*obrigatório):* | | | | | | |
| **ANEXAR: RG, CPF, TERMO DE TUTELA/CURATELA/PROCURAÇÃO** | | | | | | |

**Documentação do(a) requerente/beneficiário(a) – Obrigatória:**

|  |
| --- |
| **( ) Certidão de Casamento/Nascimento do(a) requerente atualizada ;**  **( ) RG e CPF;**  **( ) Comprovante de residência atualizado;**  **( ) Extrato do Cadastro Nacional de Informações Sociais – CNIS de vínculos, benefícios e contribuições, obtido junto ao INSS com o nº do PIS, PASEP ou NIT;**  **( ) Documentos para comprovação da dependência econômica do(a) requerente em relação ao servidor.**  **Abaixo listamos alguns exemplos:**   * Declaração do imposto de renda do segurado, em que conste o interessado como seu dependente; * Disposições testamentárias; * Declaração especial feita perante tabelião; * Prova de mesmo domicilio; * Prova de encargos domésticos evidentes e existência de sociedade ou comunhão nos atos da vida civil; * Conta bancária conjunta; * Registro em associação de qualquer natureza, onde conste o interessado como dependente do segurado; * Apólice de seguro da qual conste o segurado como instituidor do seguro e a pessoa interessada como sua beneficiária; * Ficha de tratamento em instituição de assistência médica, da qual conste o segurado como responsável; quaisquer outros que possam levar à convicção do fato a comprovar. |

**Termo de ciência:**

|  |
| --- |
| Declaro ter conhecimento sobre a inteira responsabilidade pelas informações contidas neste instrumento, estando ciente de que a omissão ou a apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes implicam no cancelamento do benefício pelo ISSBLU, além das medidas judiciais cabíveis, conforme previsto no artigo 299 do Código Penal[[1]](#footnote-1).  **DECLARO ESTAR CIENTE QUE AS INFORMAÇÕES E SOLICITAÇÕES SOBRE ESTE PROCESSO PODERÃO SER ENCAMINHADAS PARA O E-MAIL ACIMA INFORMADO.** |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**(Local e data)**

**Assinatura do Requerente ou Representante devidamente constituído**

**(Obs. Assinar/Rubricar todas as páginas)**

1. Art. 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:

   Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular. [↑](#footnote-ref-1)