



Requerimento de Pensão por Morte (Mãe - Pai)

Dados do(a) ex - servidor (a):

Nome:	Sexo:
RG:	CPF:
PIS/PASEP:	Órgão de Origem:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Servidor Aposentado

Documentos do (a) ex- servidor (a):

Documentos pessoais:

- RG e CPF
- Comprovante de residência anterior à data do óbito
- Certidão de Óbito

Documentos funcionais – Servidor (a) inativo:

- Último financeiro do (a) servidor (a)
- Ato concessório de aposentadoria

Documentos funcionais – servidor (a) ativos:

- Cópia do ato de ingresso no serviço público
- Cópia do último enquadramento publicado
- Termo de posse ou declaração de ausência do termo de posse
- Cópia de ficha funcional
- Ato de gratificação de curso (se houver)

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 da AMAZONPREV, obrigando ao ressarcimento dos valores indevidamente recebidos, quando for o caso, além das medidas judiciais cabíveis, conforme previsto no art. 299 do Código Penal.

DECLARO ESTAR CIENTE QUE AS **INFORMAÇÕES**, SOLICITAÇÕES SOBRE ESTE PROCESSO E DEMAIS COMUNICAÇÕES DESTA INSTITUIÇÃO **SERÃO ENCAMINHADAS PARA O E-MAIL INFORMADO NO REQUERIMENTO.**

Declaro ainda estar ciente que os documentos abaixo relacionados devem ser anexados a este processo para sua tramitação normal, e que a não apresentação, no prazo de 30 (trinta) dias, de qualquer documento solicitado, motivará o arquivamento do processo (Artigo 48 da Lei Estadual nº 2.794 de 06/05/2003).

A AMAZONPREV se reserva o direito de, a qualquer momento, solicitar outros documentos que julgar necessários à comprovação do direito ao benefício de pensão.

Requerimento:

A AMAZONPREV

Eu, , CPF:

RG: , em decorrência do óbito do (a) servidor/segurado (a) acima qualificado (a), venho requerer a concessão do benefício de pensão por morte nos termos das legislações vigentes, e declaro que as informações prestadas são verdadeiras, responsabilizando-me pelas mesmas.

de de

Assinatura do Requerente ou Representante Legal devidamente constituído
(Obs: Assinar/Rubricar todas as páginas)

Dados do (a) requerente:

Nome:	Sexo:	
RG:	UF:	Data de Nasc:
CPF:	PIS/PASEP:	



Requerimento de Pensão por Morte (Mãe - Pai)

Qualificação Profissional:		Órgão Público/Instituição Privada:	
Endereço:			
Nº:	Complemento:		CEP:
Bairro:		Cidade:	Estado:
Telefone: ()		Celular: ()	WhatsApp (OBRIGATÓRIO): ()
E-mail (OBRIGATÓRIO):			

1. É inválido (a) ou possui deficiência intelectual ou grave? Em caso afirmativo , apresente atestado médico, emitido nos últimos 60 dias, onde conste o código da doença (CID) ensejadora da invalidez e ou/deficiência com identificação do médico (CRM).	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
2. Vivia sob a dependência econômica do(a) ex-servidor(a)?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
3. Residia sob o mesmo teto que o(a) ex-servidor(a)?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
4. 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, aluguéis e quaisquer outros? Em caso afirmativo, anexar comprovante atual com o valor e órgão ou empresa responsável pelo pagamento.	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
5. Estado civil. a) Caso o estado civil seja "Casado (a) ou União Estável" apresentar 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. b) Se no documento apresentado (CNIS) do cônjuge/companheiro houver apontamento de vínculo de renda, apresentar comprovante com o valor e identificação do órgão ou empresa responsável pelo pagamento.	<input type="radio"/> Solteiro (a) <input type="radio"/> Viúvo (a) <input type="radio"/> Casado (a) <input type="radio"/> Divorciado (a) <input type="radio"/> União estável.	
6. Possui outros filhos? Em caso afirmativo, indica a quantidade de filhos: e, informar o item 7:	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
7. Os mesmos contribuem com assistência médica ou financeira?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não

Dados do (a) representante legal (se houver):

Nome:		Sexo:	
RG:	CPF:	Data de Nasc:	
Telefone: ()	Celular:	WhatsApp (OBRIGATÓRIO):()	
E-mail (OBRIGATÓRIO):			
Anexar: RG, CPF, comprovante de endereço do (a) representante, termo de curatela atualizado ou procuração com validade de 01 ano (expedido nos últimos 60 dias).			