

**REQUERIMENTO DE PENSÃO CIVIL****DADOS DO/A SERVIDOR/A FALECIDO/A:**

Nome:	CPF:
-------	------

Data do óbito:
----------------

Situação Funcional na data do óbito: <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Aposentado
--

**DADOS DO/A REQUERENTE DA PENSÃO:**

Nome Civil:	CPF:
-------------	------

Nome Social:
--------------

Estado Civil:	Sexo:	Pessoa com deficiência ou invalidez: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---------------	-------	---

Cor/Raça: <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Indígena
---

Data de Nascimento:	RG:	Órgão Expedidor:	Data de Emissão:
---------------------	-----	------------------	------------------

Título de Eleitor:	Zona:	Seção:	UF:	Data de Emissão:
--------------------	-------	--------	-----	------------------

Endereço residencial:	Número:
-----------------------	---------

Complemento:	Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
--------------	---------	---------	-----	------

E-mail:	DDD e Telefone:	DDD e Telefone (número adicional):
---------	-----------------	------------------------------------

Banco:	Agência:	Conta Salário:
--------	----------	----------------

**GRAU DE PARENTESCO COM O/A SERVIDOR/A FALECIDO/A (TIPO DE BENEFICIÁRIO):**

- Cônjuge  Companheiro/a que comprove união estável como entidade familiar
- Cônjuge divorciado/a ou separado/a judicialmente ou de fato, ou ex-companheiro/a, com percepção de Pensão Alimentícia estabelecida judicialmente ou por escritura pública
- Cônjuge divorciado ou separado judicialmente ou de fato, ou ex-companheiro ou a ex-companheira, que tenha renunciado aos Alimentos no momento do divórcio ou separação ou na dissolução judicial ou extrajudicial da união estável, e que comprove superveniente dependência econômica do servidor/a falecido/a
- Filho/a de qualquer condição que seja menor de 21 (vinte e um) anos ou que seja inválido/a, ou que tenha deficiência grave, ou que tenha deficiência intelectual ou mental
- Mãe/Pai que comprove dependência econômica em relação à/ao servidor/a falecido/a
- Irmão/ã de qualquer condição que comprove dependência econômica em relação à/ao servidor/a falecido/a e que seja menor de 21 (vinte e um) anos ou seja inválido ou tenha deficiência grave ou tenha deficiência intelectual ou mental
- Enteado/a ou menor tutelado/a, equiparado/a a filho/a por declaração do servidor/a falecido/a, que comprove dependência econômica, e seja menor de 21 (vinte e um) anos ou que seja inválido/a, ou que tenha deficiência grave, ou que tenha deficiência intelectual ou mental

**DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE APOSENTADORIAS E PENSÕES:**

O/A Requerente da Pensão por Morte a ser instituída pelo do ex-servidor acima identificado declara para fins de concessão do benefício previsto nos Arts. 215 e 217, bem como do limite estabelecido no art. 225, todos da Lei n. 8.112/1990, e do art. 24 da Emenda Constitucional n. 103/2019, que:

- Não recebe Pensão
- Recebe Pensão(ões) concedida(s) pelo(s) seguinte(s) Órgão(s):

**(Atenção: anexar cópia do último contracheque e do documento de concessão)**

- Não recebe Aposentadoria ou Benefício de Prestação Continuada (BPC) concedido por Regime de Previdência Social
- Recebe Aposentadoria(s) ou Benefício de Prestação Continuada (BPC) concedido(s) pelo(s) seguinte(s) Órgão(s):

**(Atenção: anexar cópia do último contracheque e do documento de concessão)**

**DADOS DO TUTOR/PROCURADOR/CURADOR DO/A REQUERENTE (quando for o caso):**

Nome Civil:		CPF:		
RG:	Órgão Emissor:	Data de emissão:		
Endereço residencial:			Número:	
Complemento:	Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
E-mail:	DDD e Telefone:		DDD e Telefone (número adicional):	

**DADOS DO TERMO/CERTIDÃO DE GUARDA, PROCURAÇÃO OU CURATELA (quando for o caso):**

Nome do Cartório:	
Matricula/Termo:	Início/Fim da validade: a

**CONTATO DE FAMILIARES/TERCEIROS EM CASO DE NECESSIDADE POR PARTE DA INSTITUIÇÃO:**

Não desejo informar

Nome:	Parentesco/Vínculo:
Telefones/E-mails para contato:	

**SOLICITAÇÃO/TERMO DE COMPROMISSO:**

O/A Requerente/Representante acima identificado requer o benefício de que trata o art. 215 da Lei n. 8.112/1990, nos termos da Portaria n. 4.645/2022 - SGP/SEDGG/ME e se compromete a manter os dados atualizados sempre que modificar a situação apresentada neste formulário, principalmente quanto à emancipação dos menores de idade (se for o caso) ou obtenção de renda que possa interferir a situação de beneficiário ou no cálculo do benefício.

**DECLARAÇÃO:****Estou ciente de que:**

- Há possibilidade de redução do valor da Pensão ora requerida junto à Universidade Federal da Bahia (UFBA), em caso de acumulação com outros benefícios previdenciários, nos termos do Art. 24 da Emenda Constitucional n. 103/2019;
- Devo a informar à Pró-Reitoria de Desenvolvimento de Pessoas (PRODEP) da Universidade Federal da Bahia, caso venha receber qualquer outro benefício previdenciário, inclusive aposentadoria, concedido por outro Órgão, a exemplo do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), no prazo de 60 dias da concessão, sob pena de responder pela omissão do fato;
- Caso receba ou venha a receber qualquer benefício previdenciário por meio de outra entidade, comprometo-me a informar ao referido Órgão a concessão desta Pensão Civil pela Universidade Federal da Bahia;
- Na hipótese de o/a requerente ser pessoa com deficiência ou invalidez, é necessário realizar avaliação pericial oficial na UFBA para a constatação da deficiência ou da invalidez, como etapa indispensável à concessão/manutenção da Pensão;
- Devo manter dados cadastrais para contato (endereço, e-mail e telefone) por parte da Universidade permanentemente atualizados no Sistema de Gestão de Pessoas (SIGEPE) e no Sou.Gov, inclusive durante os procedimentos anuais de Atualização/Validação Cadastral;
- Devo realizar, anualmente, no mês do aniversário do/a beneficiário da Pensão, conforme procedimentos vigentes à época, independente de convocação, a atualização cadastral/prova de vida obrigatória destinada aos pensionistas da União, como condição para a continuidade do recebimento do benefício;
- Devo atender as eventuais convocações da Universidade, inclusive para apresentação da comprovação anual de manutenção de plano de saúde particular, caso seja beneficiário do Auxílio Saúde Suplementar, e que a vantagem poderá ser suspensa automaticamente na ausência da referida comprovação, com reposição posterior dos valores ao Erário;
- Pode haver perda da qualidade de beneficiário da Pensão, nos termos do Art. 222 da Lei n. 8.112/1990 e da legislação correlata;
- Na hipótese de o/a Requerente ser assistido por procurador, tutor ou curador durante o recebimento do benefício, este representante compromete-se a comunicar à PRODEP qualquer evento que altere a condição de representação;
- A PRODEP/UFBA pode requerer, a qualquer tempo, documentos, inclusive do Instituidor da Pensão, necessários à concessão e manutenção do benefício;
- O ato de Pensão pendente de registro no Tribunal de Contas da União é precário, sujeito a apreciação pelo referido Tribunal, e poderá ser revisto;
- Constitui crime previsto no Art. 299 do Código Penal Brasileiro 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.

....., ..... de ..... de .....  
(Cidade/Estado)

Assinatura do/a Requerente ou do Tutor/Procurador/Curador: .....