



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE PAULÍNIA

**REQUERIMENTO DE PENSÃO**

**Senhor Diretor Presidente,**

Beneficiário (a) \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CPF nº. \_\_\_\_\_ RG. nº. \_\_\_\_\_

Expedido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Órgão Emissor \_\_\_\_\_

PIS/PASEP \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefones para contato (fixo/celular) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Ex Servidor (a)**

Nome: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ CPF : \_\_\_\_\_

RG. nº. \_\_\_\_\_ Expedido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Órgão

Emissor \_\_\_\_\_ PIS/PASEP \_\_\_\_\_

Cargo Ocupado: \_\_\_\_\_ Nível: \_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_ Padrão

Data do Óbito \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Servidor Ativo (a)

CÂMARA MUNICIPAL DE PAULÍNIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA

Servidor Aposentado (a)



**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE PAULÍNIA**

Venho pelo presente requerer de Vossa Senhoria, concessão de pensão para o (os) dependente (s) abaixo relacionado (s), com fundamento na Lei Complementar nº. 18 de 09/10/2001.

<u>NOME DOS DEPENDENTES</u>	<u>PARENTESCO</u>	<u>NASCIMENTO</u>	<u>CPF</u>

Paulínia, SP \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Assinatura do Requerente**

**Documentos Anexados:**

1)- Cópia de documentos pessoais de quem faleceu e do requerente:

- RG ( ) **COM NO MÁXIMO 10 ANOS DE EXPEDIÇÃO**

- CPF ( )

- PIS ( )

- Cópia do Comprovante de Residência Atualizado ( );

- Cópia da Certidão de Óbito ( );

- Cópia da Certidão de Nascimento ( ) ou;

- Cópia da Certidão de Casamento ATUALIZADA (averbações) ( );

- Certidão de Tempo de Contribuição ( ) .

- **DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO OU APOSENTADORIA EM OUTRO REGIME DE PREVIDÊNCIA - anexo ( )**;

- Cópia da Sentença de: Separação Judicial ( ) ou divórcio ( ) Constando pensão de alimentos

- Cópia da Documentação comprobatória de: Guarda e responsabilidade ( ) ; Tutela ( ) ;

Curatela ( ) ;

- Declaração de Dependência Econômica ( ) ;

- Termo de Designação ( ) ;

**DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO OU APOSENTADORIA EM OUTRO REGIME DE PREVIDÊNCIA**



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE PAULÍNIA

PORTARIA Nº 450/PRES/INSS, DE 3 DE ABRIL DE 2020 – ANEXO I

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_ e RG nº \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas  
do art. 299 do Código Penal, que:

NÃO recebo aposentadoria e/ou pensão de **outro regime de previdência**.

RECEBO aposentadoria e/ou pensão de **outro regime de previdência**, conforme dados abaixo:

**Obs.:** Para o caso de possuir mais de um benefício deverá informar os detalhes de cada um.

Tipo do benefício:  Pensão  Aposentadoria

Ente de origem:  Estadual  Municipal  Federal

Tipo de servidor:  Civil  Militar

Data de início do benefício no outro regime: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nome do órgão Instituidor da pensão/aposentadoria:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Última remuneração bruta\*: R\$ \_\_\_\_\_ - Mês/ano: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\*última remuneração bruta sem considerar valores de 13º salário (abono anual).

Declaro conhecer o disposto na Emenda Constitucional nº 103 de 12 de novembro de 2019, em especial no § 1º do art. 24, que prevê que a acumulação de pensão por morte com outro benefício fica sujeita à redução do valor daquele menos vantajoso nas seguintes situações:

I - pensão por morte deixada por cônjuge ou companheiro do RGPS com pensão por morte concedida por outro regime de previdência social, inclusive as decorrentes das atividades militares; e

II - pensão por morte deixada por cônjuge ou companheiro de qualquer regime de previdência social, inclusive as decorrentes das atividades militares, com aposentadoria concedida por qualquer regime de previdência social ou com proventos de inatividade decorrentes das atividades militares.

Estou ciente que declaração falsa ou diversa de fato ou situação real ocorrida, além de obrigar à devolução de eventuais importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á às penalidades previstas nos arts. 171 e 299 do Código Penal.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e identificação do(a) requerente ou representante legal