******MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO**

**PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS**

**DIVISÃO DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL**

# PENSÃO CIVIL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO REQUERENTE** | | | | | | | | |
| Nome completo: | | | | | | | | |
| CPF: | RG: | | | Data de expedição:    /   / | | | | Órgão Expedidor: |
| Grau de Parentesco:  Cônjuge  Companheiro(a)  Filho(a)  Outros (especificar): | | | | | | | | |
| Data de início do casamento/união estável (em caso de cônjuge ou companheiro(a)):      /     / | | | | | | | | |
| Endereço Residencial: | | | | | | | | |
| Cidade/UF: | | | CEP: | | Telefone (com DDD): (   ) | | | |
| E-mail: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO DO PROCURADOR OU REPRESENTANTE LEGAL (se houver):**  Preencher os dados do Representante Legal em caso de beneficiário menor de 18 anos, ou nos casos de Tutela, Curatela ou Procuração. | | | | | | | | |
| Nome completo: | | | | | | | CPF: | |
| RG / OAB: | | Telefone (com DDD): (   ) | | | | E-mail: | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO(A) EX-SERVIDOR(A) NA DATA DO ÓBITO** | | | |
| Nome completo: | | | CPF: |
| Situação:  Ativo  Inativo | Cargo: | Data do óbito:      /     / | |

|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO** |
| Solicito a concessão de **Pensão Civil**, em conformidade com o disposto nos Arts. 215 e 217 da Lei nº 8.112/1990 c/c os Arts. 23 e 24 da Emenda Constitucional nº 103/2019. Data:      /     /      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do(a) Requerente |

**PROCEDIMENTOS**

1. Preencher, imprimir e assinar o presente formulário;

2. Apresentar, originais e cópias, das seguintes documentações:

- Certidão de Óbito do instituidor da pensão;

- Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável, quando o(a) requerente for cônjuge/companheiro;

- Sentença de Separação Judicial com percepção de Pensão Alimentícia, se for o caso;

- Certidão de Nascimento e CPF dos filhos/enteados/dependentes econômicos do(a) ex-servidor(a), se for o caso;

- Identidade, PIS/PASEP e CPF do(a)ex-servidor(a);

- Identidade, PIS/PASEP, Título de Eleitor e CPF do(a) requerente;

- Comprovante dos dados bancários do requerente;

- Comprovante de residência atualizado;

- Procuração/Certidão de Curatela (se requerimento apresentado por procurador/curador), e Identidade e CPF do Procurador, quando houver.

3. Entregar na Divisão de Administração de Pessoal.

******MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO**

**PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS**

**DIVISÃO DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL**

# DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE BENEFÍCIOS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO DECLARANTE** | | | |
| Nome completo: | | | CPF: |
| Endereço Residencial: | | | |
| Cidade/UF: | CEP: | Telefone (com DDD): (   ) | |
| E-mail: | | | |

Declaro, para fins de concessão de Pensão Civil prevista nos artigos 215 e 217, c/c os Art. 23 e 24 da Emenda Constitucional nº 103/2019, que:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Recebo proventos de aposentadoria:** | | | | | | **Não** | **Sim\*** |
| Órgão: |  | | Órgão: | | | | |
| Instituto/Regime de Previdência: |  | | Instituto/Regime de Previdência: | | | | |
| Cargo: |  | | Cargo: | | | | |
| Data da Aposentadoria      /     / |  | | Data da Aposentadoria      /     / | | | | |
|  | | | | |  | | |
| 1. **Recebo Pensão Civil:** | | | | | | **Não** | **Sim\*** |
| Órgão: | |  | | Órgão: | | | |
| Instituto/Regime de Previdência: | |  | | Instituto/Regime de Previdência: | | | |
| Instituidor: | |  | | Instituidor: | | | |
| Grau de Parentesco: | |  | | Grau de Parentesco: | | | |
| Data da Concessão:      /     / | |  | | Data da Concessão:      /     / | | | |

\*Anexar os documentos comprobatórios de todos os itens com resposta afirmativa

|  |
| --- |
| * Declaro ainda **estar ciente de que não poderei receber cumulativamente pensão deixada por mais de um cônjuge ou companheiro ou companheira e de mais de duas pensões**, conforme o art. 225 da Lei nº 8.112/90, que assim dispõe que:   “Art. 225 – Ressalvado o direito de opção, é vedada a percepção cumulativa de pensão deixada por mais de um cônjuge ou companheiro ou companheira e de mais de 2 (duas) pensões. (Redação dada pela Lei nº 13.135, de 2015)”   * Comprometo-me a informar a esta unidade de Recursos Humanos, no prazo máximo de 60 dias, caso venha receber qualquer benefício em outro órgão e/ou no INSS, contado o prazo supra a partir da data da concessão, sob pena de responder por omissão. * Por fim, declaro que estou ciente da possibilidade de redução do presente benefício em caso de acumulação, nos termos do §2º do Art. 24 da Emenda Constitucional nº 103/2019.  Data:      /     /      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do(a) Declarante |