|  |
| --- |
| **PENSÃO CIVIL** |

**I – Dados do (a) Ex-Servidor (a):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Situação na data do óbito  Ativo  Inativo | | | | |
| Nome do Ex-Servidor (a): | | | | |
| Cargo: | | Classe/ Padrão: | Matrícula Siape: | Data do Óbito: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
| Estado Civil: | O ex-servidor (a) acumulava cargo no IF Sudeste MG?  Não  Sim. Qual é o vínculo/ cargo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Siape: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

**II - Identificação do (a) Requerente:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome Civil: | | | | | | | | | | | | | |
| Nome Social (Decreto nº 8.727/16): | | | | | | | | | | | | | |
| Estado Civil: | | Sexo:  Masculino  Feminino | | | | | Data de Nascimento: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ | | | | | | |
| CPF: | | | | RG: | | | | | Órgão Expedidor: | | | | UF: |
| Título de Eleitor | | | | Zona | | | | Seção | | | UF | | |
| Nome do Pai: | | | | | Nome da Mãe: | | | | | | | | |
| Endereço Residencial: | | | | | | | | Bairro: | | | | | |
| Cidade: | | | Estado: | | | CEP: | | | | Telefone: | | | |
| Banco: | Agência: | | | | Conta Salário (Nome Requerente): | | | | | | | UF: | |
| **Relação de parentesco/ dependência do beneficiário com o ex-servidor (a):**  Viúvo (a)  Companheiro (a) que comprove união estável.  O cônjuge divorciado ou separado judicialmente ou de fato, com percepção de pensão alimentícia estabelecida judicialmente.  Filho (a), de qualquer condição que seja menor de 21 (vinte e um) anos.  Filho (a) inválido; tenha deficiência grave ou tenha deficiência intelectual ou mental, nos termos do regulamento, e que comprove dependência econômica do servidor (a).  Mãe e/ou Pai que comprove(m) dependência econômica do servidor (a).  Irmão (ã) que comprove(m) dependência econômica do servidor (a) e atenda a atenda a um dos seguintes requisitos: seja menor de 21 (vinte e um) anos; seja inválido; tenha deficiência grave ou tenha deficiência intelectual ou mental, nos termos do regulamento.  Enteado ou Menor Tutelado, mediante declaração do servidor (a), desde que comprovada dependência econômica, e atenda a um dos seguintes requisitos: seja menor de 21 (vinte e um) anos; seja inválido; tenha deficiência grave ou tenha deficiência intelectual ou mental, nos termos do regulamento.  O beneficiário possui representante legal?  Não  Sim:  Pai/ Mãe  Procurador/Tutor/Curador  ***OBS: Anexar documentação comprobatória - Procurador-Procuração (emissão máxima de 6 meses); Curador-Termo de Curatela; Tutor-Termo de Tutela ou Termo de Guarda ou Termo de Adoção (se menor de 18 anos).*** | | | | | | | | | | | | | |

**III – Procurador/Tutor/Curador:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome: | | |
| CPF: | Tel.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | E-mail: |

**IV – Requerimento:**

|  |
| --- |
| 1. Venho requerer a Vossa Sa. a concessão da pensão com fundamento nos artigos 215 a 225 da Lei nº 8.112/90.  2. Comprometo-me a comunicar, imediatamente, a esta Coordenação de Gestão de Pessoas/ Diretoria de Gestão de Pessoas quaisquer alterações das informações aqui prestadas, bem como assumir toda a responsabilidade sobre a veracidade das mesmas, sob pena prevista no artigo 229 do Código Penal Brasileiro.  3. Estou ciente que, se concedida à pensão, de acordo com o artigo 222 da Lei nº 8.112/90, Lei nº 13.135/2015 e Lei nº 13.836/2019: "Acarreta perda da qualidade de beneficiário," as seguintes situações:  I- seu falecimento;  II- a anulação do casamento, quando a decisão ocorrer após a concessão da pensão ao cônjuge;  III- a cessação da invalidez, em se tratando de beneficiário inválido, ou o afastamento da deficiência, em se tratando de beneficiário com deficiência, respeitados os períodos mínimos decorrentes da aplicação das alíneas “a” e “b” do inciso VII, do art. 222, da Lei 8.112/90;  IV- o implemento da idade de 21 (vinte e um) anos, pelo filho ou irmão;  V- a acumulação de pensão deixada por mais de um cônjuge ou companheiro (a) e de mais de 2 (duas) pensões;  VI- a renúncia expressa; e  VII- em relação aos beneficiários, cônjuge, ex-cônjuge que recebe pensão alimentícia ou companheiro (a):  a) o decurso de 4 (quatro) meses, se o óbito ocorrer sem que o servidor tenha vertido 18 (dezoito) contribuições mensais ou se o casamento ou a união estável tiverem sido iniciados em menos de 2 (dois) anos antes do óbito do servidor;  b) o decurso dos seguintes períodos, estabelecidos de acordo com a idade do pensionista na data de óbito do servidor, depois de vertidas 18 (dezoito) contribuições mensais e pelo menos 2 (dois) anos após o início do casamento ou da união estável:  1) 3 (três) anos, com menos de 21 (vinte e um) anos de idade;  2) 6 (seis) anos, entre 21 (vinte e um) e 26 (vinte e seis) anos de idade;  3) 10 (dez) anos, entre 27 (vinte e sete) e 29 (vinte e nove) anos de idade;  4) 15 (quinze) anos, entre 30 (trinta) e 40 (quarenta) anos de idade;  5) 20 (vinte) anos, entre 41 (quarenta e um) e 43 (quarenta e três) anos de idade;  4. Serão aplicados, conforme o caso, a regra contida no inciso III ou os prazos previstos na alínea “b” do inciso VII, se o óbito do servidor decorrer de acidente de qualquer natureza ou de doença profissional ou do trabalho, independentemente do recolhimento de 18 (dezoito) contribuições mensais ou da comprovação de 2 (dois) anos de casamento ou de união estável. |

**IV – Termo de Ciência:**

|  |
| --- |
| A pensão será paga diretamente aos seus titulares, ou aos seus representantes legalmente constituídos, não se admitindo o recebimento por intermédio de conta conjunta. (Art. 10 da Lei nº 9.527/97)  Para recebimento da pensão é necessário que o (a) beneficiário(a) seja titular de conta salário.  Caso seja deferida minha solicitação, em todo mês de aniversário deverá ser efetuada minha atualização cadastral anual no banco/agência os quais possuo conta corrente/salário, e caso não o faça, haverá a possibilidade de suspensão dos pagamentos até que efetive tal recadastramento (Orientação Normativa nº 1/2017/ SEGRT/MP).  Devo comunicar imediatamente à CGP/ DGP – IF Sudeste MG – toda e qualquer alteração cadastral que ocorra ente os períodos anuais de recadastramento. |

**V – Assinatura do (a) Requerente:**

Câmpus\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Assinatura do (a) Requerente

|  |
| --- |
| **DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE PENSÃO** |

|  |
| --- |
| I – DADOS DO EX-SERVIDOR (A) |

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

|  |
| --- |
| II- DADOS DO (A) BENEFICIÁRIO (A) |

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

Nome Social (Decreto nº 8.727/16): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Matricula Siape: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relação de Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| III - DECLARAÇÃO |

Declaro, junto ao IFSUDESTEMG, para os fins de concessão de Pensão prevista nos artigos 215 e 217 da Lei nº 8.112/90, que:

1. Com a concessão do benefício que ora pleiteio nos termos do limite estabelecido no artigo 225 da Lei nº 8.112/90 e no artigo 24 da Emenda Constitucional nº 103/2019:

Não percebo qualquer PENSÃO paga pelo INSS, GOVERNO FEDERAL, ESTADUAL OU MUNICIPAL.

Não acumulo mais de dois benefícios pensionais.

Não acumulo benefício de mais de 01 (um) cônjuge ou companheiro (a).

2. Recebo o(s) seguinte (s) benefício(s), nos termos do artigo 24 da Emenda Constitucional nº 103/2019, conforme relacionado abaixo e discriminado no verso: (anexar último contracheque do benefício)

Aposentadoria - Órgão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Início do beneficio em: \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

Pensão por morte do Instituidor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pelo Órgão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Início do Benefício em: \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

3. Irei requerer benefício de pensão do mesmo instituidor, junto ao órgão relacionado abaixo, e de acordo com a vigência da Emenda Constitucional nº 103/2009, em 13/11/2019, me responsabilizo em fornecer a este órgão comprovante com o valor do referido benefício.

Não  Sim. Órgão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Renuncio o(s) seguinte(s) benefício(s) concedido(s) após o início da vigência da Emenda Constitucional nº 103/2019, em 13/11/2009. Fornecer documento do órgão que comprove a renuncia.

Aposentadoria – Órgão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data da concessão: \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

5. Estou ciente da possibilidade de redução do presente benefício em caso de acumulação, nos termos do art. 24 da Emenda Constitucional nº 103/2019.

DECLARO, ainda, que as informações aqui prestadas são exatas e verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, sob pena de caracterização do crime tipificado no art. 299 do Código Penal.

Comprometo comunicar a essa CGP/ DGP - IF SUDESTE MG, qualquer modificação nas situações descritas acima, sob pena de responsabilização.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Assinatura do (a) Requerente

|  |  |
| --- | --- |
| **CARGO/ EMPREGO 1** – Órgão: | |
| Área de Atuação: ( ) Médico ( ) Professor ( ) Técnico/Científico ( ) Saúde ( ) Outros | |
| Denominação do cargo/emprego: | |
| Nível de Escolaridade: Jornada de trabalho: UF: | |
| Data de ingresso: | Ocupação de função: ( ) Sim ( ) Não |
| Denominação da função: | |
|  | |
| **CARGO/ EMPREGO 2** – Órgão: | |
| Área de Atuação: ( ) Médico ( ) Professor ( ) Técnico/Científico ( ) Saúde ( ) Outros | |
| Denominação do cargo/emprego: | |
| Nível de Escolaridade: Jornada de trabalho: UF: | |
| Data de ingresso: | Ocupação de função: ( ) Sim ( ) Não |
| Denominação da função: | |
|  | |
| **APOSENTADORIA 1** – Órgão: | |
| Área de Atuação: ( ) Médico ( ) Professor ( ) Técnico/Científico ( ) Saúde ( ) Outros | |
| Denominação do cargo/emprego: | |
| Nível de Escolaridade: Jornada de trabalho: UF: | |
| Data de ingresso: Data da aposentadoria: | |
| Fundamento legal da aposentadoria: | |
| Documento legal da aposentadoria: | |
|  | |
| **APOSENTADORIA 2** – Órgão: | |
| Área de Atuação: ( ) Médico ( ) Professor ( ) Técnico/Científico ( ) Saúde ( ) Outros | |
| Denominação do cargo/emprego: | |
| Nível de Escolaridade: Jornada de trabalho: UF: | |
| Data de ingresso: Data Aposentadoria: | |
| Fundamento legal da aposentadoria: | |
| Documento legal da aposentadoria: | |
|  | |
| **PENSÃO 1** – Órgão: | |
| Tipo de pensão: ( ) Vitalícia ( ) Temporária | |
| Fundamento legal: | |
| Nome do Instituidor: | |
| Grau de parentesco: Dependência econômica: ( ) Sim ( ) Não | |
| Data de início do benefício: | |

|  |
| --- |
| **PENSÃO 2** – Órgão: |
| Tipo de pensão: ( ) Vitalícia ( ) Temporária |
| Fundamento legal: |
| Nome do Instituidor: |
| Grau de parentesco: Dependência econômica: ( ) Sim ( ) Não |
| Data de início do benefício: |

|  |
| --- |
| **DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA** |

|  |
| --- |
| I – DADOS DO EX-SERVIDOR (A) |

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

Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matrícula Siape: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| II- DADOS DO (A) BENEFICIÁRIO (A) |

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

Nome Social (Decreto nº 8.727/16): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Matricula Siape: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relação de Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| III - DECLARAÇÃO |

Declaro, para fins de concessão de pensão civil, estabelecida no artigo 215 e 217 da Lei nº 8.112, de 11/12/90, que sou Dependente Econômico do servidor acima identificado, desde \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_, nos termos do artigo 1º da Lei nº 7.115, de 29/08/1983, que dispõe sobre a declaração destinada a fazer prova de dependência econômica.

Declaro, ainda, que as informações aqui prestadas são exatas e verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, sob pena de caracterização do crime tipificado no art. 299 do Código Penal.

*Código Penal - Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940*

*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:*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Local e data

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

Assinatura do (a) Interessado (a)

***OBS:*** *Deverá ser anexado no mínimo três dos documentos relacionados no artigo 4º da Orientação Normativa nº 9, de 5 novembro de 2010*

|  |
| --- |
| **DECLARAÇÃO DE CIENCIA** |

|  |
| --- |
| I – DADOS DO EX-SERVIDOR (A) |

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

Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matrícula Siape: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| II- DADOS DO (A) BENEFICIÁRIO (A) |

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

Nome Social (Decreto nº 8.727/16): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| III - DECLARAÇÃO |

Declaro estar ciente de que, a partir da data de publicação da portaria de concessão da Pensão Civil no Diário Oficial da União, existe a obrigatoriedade de efetuar o recadastramento anual, sempre no mês de meu aniversário, pessoalmente junto a qualquer agência da instituição bancária em que recebo meus proventos, quando deverei apresentar CPF e documento de identidade com foto recente, conforme determina a Portaria nº 363/2016/GM/MPOG e Orientação Normativa nº 1/2017/ SEGRT/MPOG.

Comprometo-me, ainda, a **comunicar imediatamente** à Coordenação de Gestão de Pessoas/ Diretoria de Gestão de Pessoas - IF Sudeste MG, **toda e qualquer alteração cadastral** que ocorra entre os períodos anuais de recadastramento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Local e data

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

Assinatura do (a) Interessado (a)

|  |
| --- |
| ***DECLARAÇÃO DE NÃO EMANCIPAÇÃO*** |

Nos termos do artigo 4º, inciso XV da Orientação Normativa 09/2010, publicada no DOU em 08/11/2010, eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador do RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, UF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na condição de representante legal do (a) menor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro para os devidos fins e efeitos legais, sob as penas da Lei, que o (a) menor acima citado (a) não é emancipado (a).

Estou ciente que caso esta declaração for comprovadamente falsa, estarei sujeito às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, nos termos do artigo 2º da Lei nº 7.115/1983.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Local e data

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

Assinatura do (a) Representante Legal

|  |
| --- |
| **PENSÃO CIVIL – TERMO DE RENÚNCIA** |

|  |
| --- |
| I – DADOS DO EX-SERVIDOR (A) |

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

Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matrícula Siape: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| II- DADOS DO (A) BENEFICIÁRIO (A) |

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

Nome Social (Decreto nº 8.727/16): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| III – RELAÇÃO DE PARENTESCO DO REQUERENTE COM O EX-SERVIDOR (A): |

Viúvo (a)/ Cônjuge

Ex-exposo (a) que receba pensão alimentícia

Companheiro (a) Designado (a)

Filho (a)/ Enteado(a) não emancipado até 21 anos

Pai ou Mãe

Irmão (ã)/ Órfão(ã) não emancipado até 21 anos

Filho (a)/ Enteado(a) ou irmão(ã) inválido de qualquer idade, enquanto durar a invalidez

|  |
| --- |
| IV - REQUERIMENTO |

Venho, perante as testemunhas abaixo qualificadas, RENUNCIAR, nos termos do artigo 222, inciso VI, da Lei nº 8.112/90, a pensão deixada pelo referido ex-servidor (a).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Local e data

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

Assinatura do (a) Beneficiário (a)

|  |
| --- |
| V - TESTEMUNHAS |

**1ª TESTEMUNHA**

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

CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Identidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Assinatura da Testemunha

**2ª TESTEMUNHA**

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

CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Identidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Assinatura da Testemunha