|  |
| --- |
| **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; eVII- 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