



REQUERIMENTO DE PENSÃO CIVIL

DADOS DO		REQUERENTE:
Nome:	<input type="text"/>	CPF: <input type="text"/>
Nome social*:	<input type="text"/>	
* Portaria MP/GM nº 223/2010 e Decreto 8.727/2016		
RG.:	Órgão Expedidor/UF: <input type="text"/>	Emissão: <input type="text"/>
Título de Eleitor: <input type="text"/>	Zona/Seção/UF: <input type="text"/>	Emissão: <input type="text"/>
Nascimento: <input type="text"/>	Nome da Mãe: <input type="text"/>	
Endereço: <input type="text"/>	Nº: <input type="text"/>	Complemento: <input type="text"/>
Bairro: <input type="text"/>	Cidade: <input type="text"/>	Estado: <input type="text"/>
Telefone: <input type="text"/>	E-mail: <input type="text"/>	
Celular: <input type="text"/>	Banco em que deseja receber a pensão: <input type="text"/>	

DADOS DO SERVIDOR:	
Nome: <input type="text"/>	CPF: <input type="text"/>
Óbito: <input type="text"/>	Possuía dois cargos na UFRJ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N Situação Funcional: <input type="radio"/> Ativo <input type="radio"/> Aposentado

SITUAÇÃO PREVISTA EM LEI (8.112/90) EM QUE DESEJA SER HABILITADO:	
<input type="radio"/>	Cônjuge (art. 217, inciso I da Lei 8.112/90)
<input type="radio"/>	Ex cônjuge divorciado ou separado com percepção de pensão alimentícia judicial. (art. 217, inciso II)
<input type="radio"/>	Companheiro(a) que comprove união estável. (art. 217, inciso III) Data de Início da União: <input type="text"/>
<input type="radio"/>	Filho(a) não emancipado(a) menor de 21 anos. (art. 217, inciso IV, alínea "a")
<input type="radio"/>	Filho(a) inválido ou deficiente de qualquer idade. (art. 217, inciso IV, alíneas "b", "c" ou "d")
<input type="radio"/>	Mãe e/ou pai que comprove dependência econômica. (art. 217, inciso V)
<input type="radio"/>	Irmão menor de 21, inválido OU deficiente que comprove dependência econômica.(art. 217, inciso VI)
<input type="radio"/>	Outra: <input type="text"/>

DECLARO, SOB AS PENAS DA LEI, QUE:

- I. SIM NÃO residia no mesmo endereço do ex-servidor.
II. SIM NÃO recebo provento de aposentadoria, benefício de pensão ou assistencial pagos pelo Erário.

ÓRGÃO/ENTIDADE PAGADOR(A)	NATUREZA DO BENEFÍCIO (PENSÃO, APOSENTADORIA, LOAS, ETC)	INSTITUIDOR E VÍNCULO (NOS CASOS DE PENSÃO)

Obs.: É necessário anexar ao processo os comprovantes de recebimento dos benefícios discriminados.

III. responsabilizo-me, em caso de recebimento de quaisquer proventos de aposentadoria ou pensão extra-SIAPE percebidas ou que venha a perceber de outros entes da Federação, a fornecer comprovantes de rendimentos (contracheque) semestralmente (nos meses de abril e outubro), quando houver alteração no valor recebido e em todas as ocasiões em que for solicitado, para fins de verificação e adequação ao teto constitucional (Portaria SRH/MPOG n. 2/2011, D.O.U. de 09.11.2011).

IV. fui instruído de que os benefícios concedidos com data de início a partir de 13/11/2019 (data da promulgação da EC nº 103/2019) serão calculados conforme o novo texto constitucional no valor de: 50% + 10% por dependente do valor da aposentadoria recebida pelo servidor ou daquela a que teria direito se fosse aposentado por incapacidade permanente na data do óbito e que, no caso de cessação do benefício de um dos dependentes, o valor de sua pensão não será revertido aos demais, tendo em vista a remoção de sua cota parte de 10% no valor total do benefício.

V. SIM NÃO sou inválido ou possuo deficiência grave, mental ou intelectual e, portanto, solicito a integralização de cota para dependentes nessa condição, até o limite do benefício do RGPS (nos termos do § 2º art. 23 da EC nº 103/2019), estando ciente que, para isso, serei submetido a perícia oficial para comprovação dessa condição, bem como solicito avaliação para obtenção do benefício de isenção de imposto de renda para portadores de moléstia grave (Lei Federal nº 7.713/1988).

Obs.: É necessário anexar ao processo atestado ou laudo médico que indique a condição.

VI. estou ciente de que prestar declaração falsa com fim de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante caracteriza crime previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, e que por tal crime serei responsabilizado(a), com sanções administrativas, civis e criminais, caso se comprove a inveracidade do declarado neste documento.

VII. **Com base na EC 103/2019, § 1º, Item I, Item II e Item III, do Art. 24;** e ciente da possibilidade de redução do benefício; informo a esta IFES/UFRJ assinando e sublinhando a situação que,

Item I percebo pensão por morte deixada por cônjuge ou companheiro de um regime de previdência social com pensão por morte concedida por outro regime de previdência social ou com pensões decorrentes das atividades militares de que tratam os Arts. 42 e 142 da Constituição Federal;

Item II percebo pensão por morte deixada por cônjuge ou companheiro de um regime de previdência social com aposentadoria concedida no âmbito do Regime Geral de Previdência Social ou de regime próprio de previdência social ou com proventos de inatividade decorrentes das atividades militares de que tratam os Arts. 42 e 142 da Constituição Federal;

Item III percebo pensões decorrentes das atividades militares de que tratam os Arts. 42 e 142 da Constituição Federal com aposentadoria concedida no âmbito do Regime Geral de Previdência Social ou de regime próprio de previdência social

VIII. **Com base na EC 103/2019, § 2º do Art. 24,** estou ciente da redução, assinando e sublinhando que será :

- I - 60% (sessenta por cento) do valor que exceder 1 (um) salário-mínimo, até o limite de 2 (dois) salários-mínimos;
- II - 40% (quarenta por cento) do valor que exceder 2 (dois) salários-mínimos, até o limite de 3 (três) salários-mínimos;
- III - 20% (vinte por cento) do valor que exceder 3 (três) salários-mínimos, até o limite de 4 (quatro) salários-mínimos;
- IV - 10% (dez por cento) do valor que exceder 4 (quatro) salários-mínimos.;

Informarei a esta IFES/UFRJ, caso venha a receber QQ benefício em outro órgão e/ou INSS, no prazo de até 60 (sessenta dias) da Concessão, sob pena de responder pela omissão;

IX.

Informamos ainda para ciência de V. S.^a que com base na EC 103/2019, Art. 24

§ 3º a aplicação do disposto no § 2º poderá ser revista a qualquer tempo, a pedido do interessado, em razão de alteração de algum dos benefícios.

§ 4º As restrições previstas neste artigo não serão aplicadas se o direito aos benefícios houver sido adquirido antes da data de entrada em vigor desta Emenda Constitucional.

§ 5º As regras sobre acumulação previstas neste artigo e na legislação vigente na data de entrada em vigor desta Emenda Constitucional poderão ser alteradas na forma do § 6º do art. 40 e do § 15 do art. 201 da Constituição Federal.

X. as informações aqui prestadas, pelas quais me responsabilizo, são verdadeiras.

Rio de Janeiro, ____/____/____.

Assinatura Requerente