

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE TODOS OS CAMPOS**

Nome do Segurado:

1- Segurado(a) Faleceu:  Solteiro(a)  Casado(a)  Separado(a)  Viúvo(a)

2- Regime de Casamento:

Nome do Conjuge:

3- Possui Companheiro(a)?  Sim  Não

Nome do Companheiro(a): \_\_\_\_\_

4- Filhos vivos **maiores** de 18 anos:  Sim  Não Nome(s) Completo(s):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

5- Filhos vivos **menores** de 18 anos:  Sim  Não Nome(s) Completo(s):

---

---

---

6- Filhos falecidos:  Sim  Não Nome(s) Completo(s):

---

---

---

6.1 Existem descendentes dos filhos falecidos:  Sim  Não Nome(s) Completo(s):

---

---

---

---

---

**MISSÃO DA DIRETORIA DE PREVIDÊNCIA**

*"Garantir a concessão e manutenção dos benefícios a segurados e dependentes em caso de ocorrência de morte e demais eventos previdenciários tendo como princípios a capilaridade no atendimento e sustentabilidade financeira e atuarial."*

7- Filho(s) incapaz(es) de reger pessoa e bens:

Sim  Não

Nome(s) Completo(s):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8- Ascendentes vivos (pais e/ou avós):

Sim  Não

Nome(s) Completo(s):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9- Irmãos vivos **maiores** de 18 anos:

Sim  Não

Nome(s) Completo(s):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10- Irmão incapaz de reger pessoas e bens:

Sim  Não

Nome(s) Completo(s):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11- Irmãos falecidos:

Sim  Não

Nome(s) Completo(s):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11.1- Existem descendentes dos irmãos falecidos:

Sim  Não

Nome(s) Completo(s):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**A inveracidade dos dados contidos no presente requerimento, além de obrigar a devolução de importâncias indevidamente recebidas, quando for o caso, sujeitará o responsável legal ou procurador às penalidades previstas nos Artigos 171 e 299 do Código Penal.**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do Beneficiário ou Representante Legal

**Obs.: A assinatura da testemunha é obrigatória quando o responsável legal for analfabeto ou não assinar.**

**TESTEMUNHA**

Nome:

Cart. Identidade:

CPF:

Assinatura: