

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria Executiva

Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro

Coordenação de Administração / Serviço de Gestão de Pessoas

REQUERIMENTO DE HABILITAÇÃO DE PENSÃO**1. Dados do Servidor:**Nome Civil: CPF: , Matrícula SIAPE:

Situação Funcional na data do óbito:

 Ativo Aposentado**2. Parentesco:**

Lei 8.112 de 11 de dezembro de 1990 (Assinalar se o servidor faleceu na data ou após 11/12/1990)

 Cônjuge Companheiro(a) Ex-cônjuge ou ex-companheiro(a) Filho Filho menor de 21 anos Outros:

Lei 3.373 de 12 de março de 1958 (Assinalar se o servidor faleceu antes de 11/12/1990)

 Esposa Marido Pai Mãe Irmão Filha maior solteira**3. Dados do Beneficiário:**Nome Civil: Nome Social: CPF: Data de nascimento: Título de Eleitor: Zona: Seção: UF: RG: Órgão Expedidor: Data de Expedição: Endereço: Nº: Complemento: Bairro: Cidade: CEP: UF: Telefones de contato: Email:

(O endereço de e-mail é **IMPORTANTÍSSIMO** estar bem legível no requerimento, pois ele será o canal de comunicação entre o Ministério da Saúde e o requerente. Favor **ESCREVA EM LETRA DE FORMA** e evitar colocar e-mails de terceiros, comerciais ou de escritórios.)

Banco preferencial para recebimento da pensão:

(No decorrer da análise do processo, em caso de deferimento, será enviado para o e-mail indicado uma solicitação para ser levada ao banco da sua preferência para que sejam abertas e vinculadas conta salário e conta corrente, em sistema de numeração igual ou distinta, dependendo da instituição bancária.)

Declaro para fins de recebimento de pensão civil junto ao Ministério da Saúde que:

• Sobre Invalidez: Apresenta invalidez ou deficiência intelectual, mental ou grave?

SIM

NÃO

4. Procurador / Curador

Nome: CPF:

RG: Órgão Expedidor: Data de Expedição:

Email:

5. Termo de Compromisso

Requerente: CPF:

O Requerente/Representante de pensão se compromete a manter os dados atualizados sempre que modificar a situação apresentada neste formulário, principalmente, quanto à emancipação dos menores de idade ou obtenção de renda que possa interferir a situação de beneficiário ou no cálculo do benefício.

O Requerente/Representante acima identificado requer o benefício de que trata o art. 215 da Lei nº 8.112, de 1990, publicada no D.O.U de 12/12/1990, nos termos da Portaria GP/SEDGG/ME Nº 4245, de 24 de maio de 2022.

Nestes termos, declarando veracidade nas informações supramencionadas, peço deferimento.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ .

Assinatura do Requerente de acordo como documento de identidade apresentado

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria Executiva

Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro

Coordenação de Administração / Serviço de Gestão de Pessoas

ANEXO II**Declaração de Acumulação de Aposentadorias e Pensões**

Eu, _____,
na qualidade de: (grau de parentesco) _____
do ex-servidor: _____, Matrícula: _____,

DECLARO, para fins de concessão de Pensão por Morte prevista nos arts. 215 e 217, bem como, do limite estabelecido no art. 225, todos da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e do art. 24 da Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019, que:

Marque as opções:

Não recebo aposentadoria ou pensão de morte por Regime Geral de Previdência Social (RGPS) ou Regime Próprio de Previdência Social (RPPS) ou decorrente de atividades militares.

Recebo aposentadoria(s) ou pensão(ões) do RPPS da União (em órgão dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário da União, MPU, TCU e DPU), do RGPS, de outro Regime Próprio de Previdência, ou decorrentes das atividades militares.

Nome do Órgão: _____

Endereço do Órgão: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Caso receba, opto pela aplicação do redutor de que trata o §2º do art. 24 da Emenda Constitucional nº 103, de 2019:

No benefício a ser concedido neste órgão (Ministério da Saúde)

No benefício concedido pelo: _____
(nome do regime de previdência)

Nome do Órgão: _____

Declaro, ainda, que tenho consciência de que constitui crime, previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, prestar declaração falsa com o fim de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante e que a penalidade aplicada no seu cumprimento varia de 01 (um) a 03 (três) anos de reclusão e multa.

Local e data: _____, _____ de _____ de 202__

Assinatura do beneficiário/pensionista

(*) Anexar comprovante/contracheque dos valores recebidos, caso receba benefício de aposentadoria ou pensão em algum órgão previdenciário (RPPS da União - órgão dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário da União, MPU, TCU e DPU -, RGPS, ou qualquer outro Regime Próprio de Previdência).

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria Executiva

Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro

Coordenação de Administração / Serviço de Gestão de Pessoas

ANEXO III**Declaração – Filho, Enteado, Menor Tutelado e Irmão**

Eu, _____, RG nº: _____,

CPF: _____ representando o menor: _____

Nome do dependente menor de 18 anos

DECLARO para os devidos fins e efeitos legais, sob as penas da lei, que o requerente ao benefício de pensão:

Marque as opções: É emancipado (caso o(a) dependente seja maior de 16 anos e menor de 18 anos); Não é emancipado (caso o(a) dependente seja maior de 16 anos e menor de 18 anos); Incorreu em pelo menos uma das situações abaixo (caso o(a) dependente seja maior de 18 anos); Não incorreu em nenhuma das situações abaixo (caso o(a) dependente seja maior de 18 anos).**Nos termos do art. 5º do Código Civil, a emancipação ocorrer nas seguintes situações:**

- Pela concessão dos pais, ou de um deles na falta do outro, mediante instrumento público, independentemente de homologação judicial, ou por sentença do juiz, ouvido o tutor, se o menor tiver dezesseis anos completos;

- Pelo casamento; pelo exercício de emprego público efetivo; pela colação de grau em curso de ensino superior; pelo estabelecimento civil ou comercial, ou pela existência de relação de emprego, desde que, em função deles, o menor com dezesseis anos completos tenha economia própria.*

Declaro, ainda, que tenho consciência de que constitui crime, previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, prestar declaração falsa com o fim de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante e que a penalidade aplicada no seu cumprimento varia de 01 (um) a 03 (três) anos de reclusão e multa.

Local e data: _____, _____ de _____ de 202__

Assinatura do beneficiário/pensionista

(*) Anexar comprovante/contracheque dos valores recebidos, em caso de recebimento de renda em decorrência da relação de emprego, público ou privado.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria Executiva

Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro

Coordenação de Administração / Serviço de Gestão de Pessoas

ANEXO VI**Declaração – Pensão Filha Maior Solteira**

Eu, _____,
portador(a) da cédula de identidade RG nº: _____, CPF: _____,

declaro para os devidos fins e efeitos legais e sob as penas da lei que não ocupo ou ocupei cargo público permanente; ou não obtive o estado civil de casada ou viúva após o óbito do instituir da pensão; ou não estabeleci união estável; ou não percebi ou percebo benefícios previdenciários decorrentes da alteração do estado civil de solteira, como a pensão prevista no art. 217, incisos I, II e III, da Lei nº 8.112, de 1990, ou de outros regimes de previdência.

Comprometo-me a informar, imediatamente, ao Ministério da Saúde a ocorrência de quaisquer das situações acima.

Declaro, ainda, que tenho consciência de que constitui crime, previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, prestar declaração falsa com o fim de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante e que a penalidade aplicada no seu cumprimento varia de 01 (um) a 03 (três) anos de reclusão e multa.

Local e data: _____, _____ de _____ de 202__

Assinatura