	<b>Requerimento</b> <input type="checkbox"/> Resíduo de Benefício <input type="checkbox"/> Auxílio Funeral <input type="checkbox"/> Seguro de Vida	Revisão <b>01</b>
		Página <b>1 / 2</b>

**Dados do (a) ex-beneficiário (a):**    Aposentado    Pensionista    Ativo

Nome: \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_ Data do falecimento/ maioridade/ casamento:    /    /

**Dados do Requerente:**

Nome: \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**Beneficiários/ Herdeiros:**

Nome: \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_  
**Autorizo o requerente a receber o valor da minha parcela, conforme disposto abaixo:**  
**Resíduo de Benefício ( ) sim ( ) não   Seguro de Vida ( ) sim ( ) não   Auxílio Funeral ( ) sim ( ) não**  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura (reconhecida em cartório ou na presença de funcionário /representante da PARANAPREVIDÊNCIA)

Nome: \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_  
**Autorizo o requerente a receber o valor da minha parcela, conforme disposto abaixo:**  
**Resíduo de Benefício ( ) sim ( ) não   Seguro de Vida ( ) sim ( ) não**  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura (reconhecida em cartório ou na presença de funcionário /representante da PARANAPREVIDÊNCIA)


Nome: \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_  
**Autorizo o requerente a receber o valor da minha parcela, conforme disposto abaixo:**  
**Resíduo de Benefício ( ) sim ( ) não   Seguro de Vida ( ) sim ( ) não**  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura (reconhecida em cartório ou na presença de funcionário /representante da PARANAPREVIDÊNCIA)

Nome: \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_  
**Autorizo o requerente a receber o valor da minha parcela, conforme disposto abaixo:**  
**Resíduo de Benefício ( ) sim ( ) não   Seguro de Vida ( ) sim ( ) não**  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura (reconhecida em cartório ou na presença de funcionário /representante da PARANAPREVIDÊNCIA)

**A PARANAPREVIDÊNCIA não se responsabiliza pelo pagamento resultante de erro ou omissão na declaração dos herdeiros, sendo esta de responsabilidade integral do requerente, o qual fica ciente das penalidades previstas no artigo 299, caput do código penal.**

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do requerente (reconhecida em cartório ou na presença de funcionário /representante da PARANAPREVIDÊNCIA)

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

	<b>Requerimento</b>	<i>Revisão</i>
	<input type="checkbox"/> Resíduo de Benefício <input type="checkbox"/> Auxílio Funeral <input type="checkbox"/> Seguro de Vida	<b>01</b>
		<b>2 / 2</b>

**Documentos Necessários para o Requerimento:**

- Cópia do RG do Requerente;
- Cópia do CPF do Requerente;
- Cópia do comprovante de endereço do Requerente;
- Cópia do contracheque do Servidor, caso não receba pela PARANAPREVIDÊNCIA;
- Cópia da Certidão de Óbito, ou de Casamento, ou de Emancipação ou Comprovante de Conclusão de Curso superior ou de Renda Própria, a depender do motivo da cessação do benefício (do titular da aposentadoria ou pensão);
- Cópia da Certidão de Nascimento Atualizada do servidor– 2ª via – se este for solteiro;
- Cópia do RG dos Beneficiários ou Herdeiros;
- Cópia do CPF dos Beneficiários ou Herdeiros;
- Cópia da Certidão de Óbito dos Beneficiários ou Herdeiros, se houver falecidos;
- Cópia da Nota Fiscal especificando o pagamento de despesas com urna mortuária, contendo o nome do falecido;
- Declaração da funerária informando que o pagamento das despesas correu por conta de plano funerário, constando o nome do falecido e do titular do plano E cópia do contrato onde conste os beneficiários do plano funerário.

**Obs. 1- Apresentar todas as cópias acompanhadas dos originais para conferência pelo (a) funcionário (a) da Parana Previdência, ou fotocópias autenticadas em cartório.**

**2- Os pagamentos referentes a seguro de vida / auxílio funeral serão feitos em SIVAT (ordem de pagamento) na Caixa Econômica Federal.**

**3- A apresentação de documentos autenticados em cartório ou originais não substitui o reconhecimento de firma das assinaturas.**