



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL
PENSÃO - CONCESSÃO

Dados Básicos do Instituidor

Nome Completo:	
CPF:	Siape:
O servidor era beneficiário da GEAP? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, e declaro estar ciente da obrigação das providências a serem tomadas conforme orientações na folha 05 desse formulário.	

Dados do Básicos do Pensionista

Nome Completo:		
Nome da Mãe:		
Data de Nascimento:	Estado Civil:	
CPF:	Relação de Dependência com o instituidor:	
RG:	Órgão Expeditor:	Data de Expedição:
Título Eleitoral:	Zona:	Seção:
Endereço:		
Número:	Bairro:	Município:
UF:	Telefone:	CEP:
E-mail:		
Banco:	Agência:	Conta Salário:

Dados do Básicos do representante Legal (1)

Nome Completo:		
Data de Nascimento:	Estado Civil:	
CPF:	Telefone:	
RG:	Órgão Expeditor:	Data de Expedição:
E-mail:		
(2) Banco:	Agência:	Conta salário:

(1) - No caso de haver obrigatoriedade de um representante legal, a conta salário será do representante;
(2) - Obrigatoriedade, a conta salário deverá ser **individual**, não sendo aceita conta conjunta.

Declaração de Veracidade

Declaro, para fins de concessão de pensão civil, estabelecida nos artigos 215 e 217 da Lei nº 8112/90, que sou dependente econômico, nos termos da Nota Técnica nº 23/2010/COGES/DENOP/SRH/MPOG, embasada nos artigos 22 a 24 do Decreto nº 3.048/1999. Declaro, ainda, por força do que está disposto no artigo 2º do referido diploma legal, que estou ciente das responsabilidades administrativas e que constitui crime prestar declaração falsa com finalidade de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, bem assim, das penalidades previstas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro.

_____/_____/_____ data do requerimento	_____ Assinatura do interessado ou Representante Legal
---	---



ATENÇÃO:

(1) **DOCUMENTOS BÁSICOS** (independente do parentesco): Em **todos os casos**, anexar cópias autenticadas de:

a. Documentos do servidor falecido:

- ⓄRG;
- ⓄCPF;
- ⓄCertidão de Óbito;

b. Documentos do requerente:

- ⓄRG;
- ⓄCPF
- ⓄTítulo de eleitor;
- ⓄCertidão de nascimento ou casamento atualizada com a anotação do óbito;
- ⓄComprovante de residência atualizado (emitido há no máximo 90 dias);
- ⓄFormulário de acumulação de cargos, empregos e pensões;
- ⓄComprovante de conta salário;

c. Documentos do representante legal, se for o caso:

- ⓄCPF;
- ⓄComprovante de residência atualizado (emitido há no máximo 90 dias);

d. Documentos do procurador, se for o caso:

- ⓄRG;
- ⓄCPF;
- ⓄProcuração atualizada em cartório;
- ⓄComprovante de residência atualizado (emitido há no máximo 90 dias);

(2) O requerente que não possuir conta salário será convocado após a concessão da pensão para receber documento de encaminhamento para abertura de conta salário junto ao banco de sua preferência.

(3) Para os casos abaixo marcados com asterisco*, o servidor deverá comprovar o vínculo de acordo com as indicações do texto informativo em anexo sobre procedimentos para comprovação de união estável ou dependência econômica.

(4) **DEMAIS DOCUMENTOS** (de acordo com o grau de parentesco): Exceto para CÔNJUGE E FILHO MENOR DE 21 (VINTE E UM) ANOS , além dos documentos básicos, o requerente deverá anexar cópias autenticadas dos documentos listados abaixo, a depender do grau de parentesco com o servidor falecido:

CÔNJUGE DIVORCIADO OU SEPARADO JUDICIALMENTE OU DE FATO	Cópia de sentença judicial que concedeu pensão alimentícia paga pelo servidor.
COMPANHEIRO(A):	Certidão de nascimento ou casamento do(a) servidor(a) falecido e pelo menos três

	documentos comprobatórios do vínculo (*ver anexo 1).
FILHO INVÁLIDO OU COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL OU MENTAL	Atestado médico que comprove a invalidez ou deficiência preexistente ao óbito
PAI e MÃE	Pelo menos três documentos comprobatórios da dependência econômica (*ver anexo 1)
IRMÃO, ENTEADO E MENOR TUTELADO	MENOR DE 21 ANOS: Comprovação de dependência econômica do servidor*. INVÁLIDO OU COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL OU MENTAL: Atestado médico que comprove a invalidez ou deficiência preexistente ao óbito. Termo judicial de tutela (no caso de menor tutelado).

***ANEXO: COMPROVAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL OU DEPENDÊNCIA ECONÔMICA**

Prezado servidor,

Diante da ausência de lei que regulamente a comprovação de união estável e a inscrição do dependente por dependência econômica nos assentamentos funcionais do servidor público federal, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, por meio da Nota Técnica Nº 23/2010/COGES/DENOP/SRH/MP, determinou a aplicação de forma subsidiária do Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999, que aprova o Regulamento da Previdência Social, que segue abaixo:

Art. 22.

[...]

§ 3º Para comprovação do vínculo e da dependência econômica, conforme o caso, devem ser apresentados **no mínimo três dos seguintes documentos**:

- I - certidão de nascimento de filho havido em comum;
- II - certidão de casamento religioso;
- III - declaração do imposto de renda do segurado, em que conste o interessado como seu dependente;
- IV - disposições testamentárias;
- V - (Revogado pelo Decreto nº 5.699, de 2006);
- VI - declaração especial feita perante tabelião;
- VII - prova de mesmo domicílio;
- VIII - prova de encargos domésticos evidentes e existência de sociedade ou comunhão nos atos da vida civil;
- IX - procuração ou fiança reciprocamente outorgada;
- X - conta bancária conjunta;

XI - registro em associação de qualquer natureza, onde conste o interessado como dependente do segurado;

XII - anotação constante de ficha ou livro de registro de empregados;

XIII - apólice de seguro da qual conste o segurado como instituidor do seguro e a pessoa interessada como sua beneficiária;

XIV - ficha de tratamento em instituição de assistência médica, da qual conste o segurado como responsável;

XV - escritura de compra e venda de imóvel pelo segurado em nome de dependente;

XVI - declaração de não emancipação do dependente menor de vinte e um anos; ou

XVII - quaisquer outros que possam levar à convicção do fato a comprovar.

Assim, deve o servidor apresentar, no mínimo, três dos documentos acima listados para provar a dependência ou vínculo, ou quaisquer outros que o servidor considere úteis para comprovação.

Para **união estável**, devem ser trazidas também certidões de nascimento do(a) servidor(a) e companheiro(a), ou, se for o caso de um ou ambos já tiverem sido casados, certidões de casamento com averbação de divórcio ou de óbito.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL**

ORIENTAÇÕES EM RELAÇÃO A PROCEDIMENTOS RELACIONADOS AO PLANO DE SAÚDE GEAP

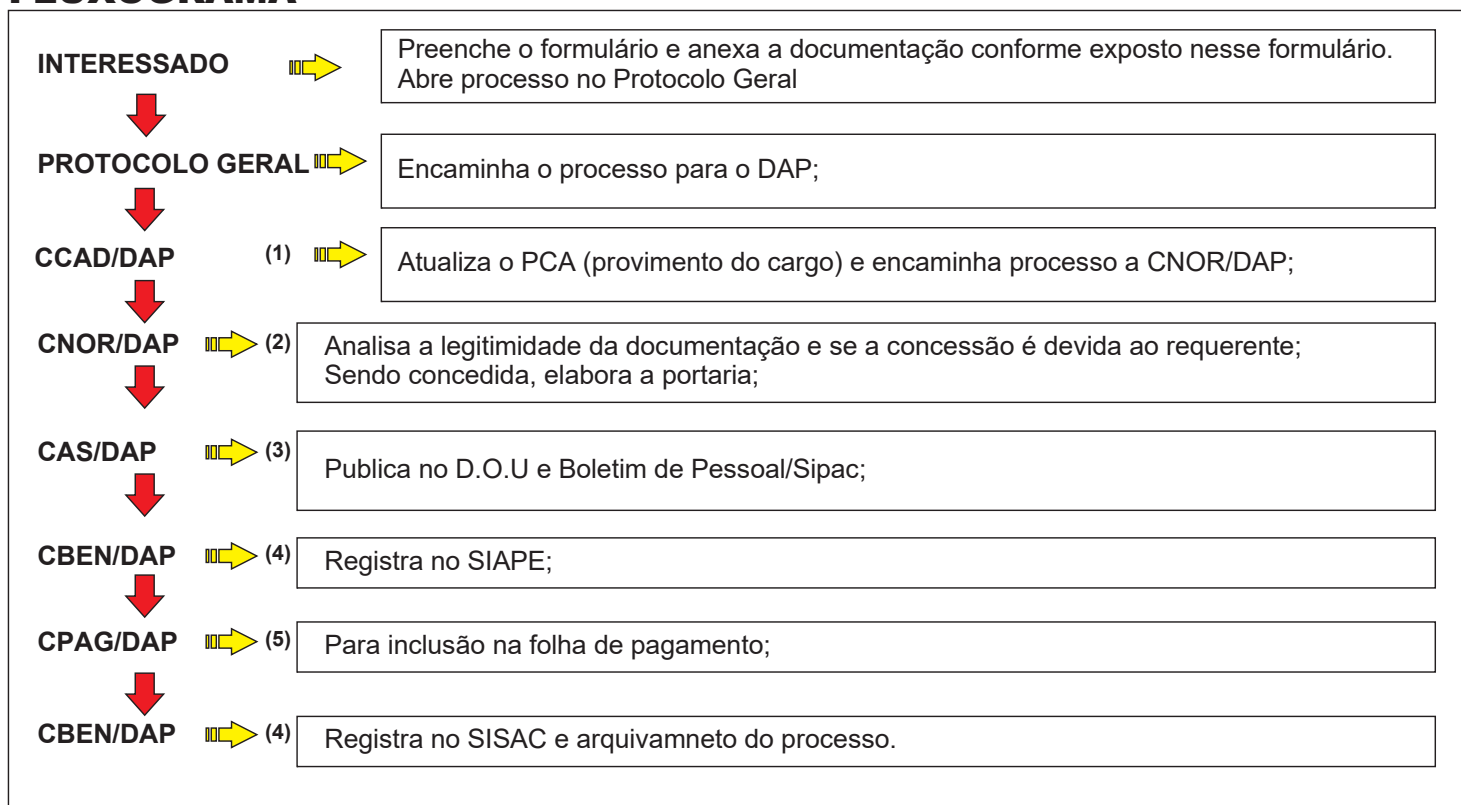
Se apenas o servidor era beneficiário da GEAP, é necessário:

Ø Abrir processo no Protocolo Geral com o formulário específico de cancelamento do plano de saúde GEAP e cópia da Certidão de óbito (conferida com a original ou autenticada)

Se o solicitante da pensão for dependente do plano de saúde GEAP e quiser continuar como beneficiário do plano, é necessário:

Ø Abrir processo no Protocolo Geral com “Termo de Opção” que se encontra anexo a esse formulário, devendo esse estar devidamente preenchido.

FLUXOGRAMA



1 - CCAD - Coordenadoria de Registro Funcional e Cadastral / 2 - CNOR - Coordenação de Instrução Normativa / 3 - CAS - Central de Atendimento ao Servidor / 4 - CBEN - Coordenadoria de Benefícios / 5 - CPAG - Coordenadoria de Pagamentos / 4 - CBEN - Coordenadoria de Benefícios





MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL
TERMO DE OPÇÃO II

Obedecendo ao disposto na **Orientação Normativa nº 9/2014-SEGEP/MP** e ao **Convênio nº 1/2013 – celebrado entre a União e a GEAP**, no que trata sobre suspensão de remuneração e perda de vínculo funcional ou empregatício com o órgão patrocinador – caso essa perda de vínculo seja em razão de óbito do Titular – informamos que, neste caso, é facultada ao dependente que já conste inscrito no plano do servidor, solicitar no prazo de 30 dias da ocorrência do óbito (**Nota Técnica nº 70/2015 – DESAP/SEGEP-MP**), a opção de continuar como beneficiário do plano de saúde GEAP na forma de autopatrocinado, ou seja, assumindo o custeio integral do plano, incluindo a contribuição *per capita* da UFAL

Tendo ciência do comunicado acima, eu,

CPF nº na condição de:

do servidor (a):

matrícula SIAPE: falecido em:

Solicito o cancelamento do plano de saúde GEAP do mesmo. Ao mesmo tempo em que venho requerer a continuidade como beneficiário nesse plano de saúde, assumindo o custeio integral do plano.

Declaro estar ciente que caso tenha solicitado pensão, após a concessão dessa, poderei solicitar a adesão ao plano de saúde GEAP, obtendo o direito a contribuição per capita da UFAL. Para tal, deverei comparecer à Coordenadoria de Benefícios/ DAP/UFAL.

Maceió, ____ / ____ / ____.

Solicitante

Servidor responsável pelo recebimento





SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL
ACUMULAÇÃO DE CARGOS, PROVENTOS E PENSÕES

I - Dados do Interessado

1. Nome Completo:			
2. Cargo:	3. CPF:	4. Carga Horária:	
5. Lotação:	6. Dedicção Exclusiva? ¹ SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		
7. Telefone:	8. E-mail:		

¹ Em caso afirmativo, o Docente em regime de Declaração Exclusiva deve ter conhecimento do exercício de outra atividade remunerada, seja pública ou privada, de acordo com o art. 21 da Lei 12.772/12.

II - Acumulação ou Não-Acumulação

9. Declaro, em face ao disposto nos incisos XVI e XVII do art. 37 da Constituição Federal, no parágrafo 5º do art. 13, da lei n.º 8.112/1990 e demais normas aplicáveis, que:

Não exerço qualquer cargo, emprego ou função ou percebo aposentadoria ou pensão na iniciativa pública² ou privada.³

Exerço atividade remunerada na iniciativa privada/profissional liberal/autônomo.

Percebo Aposentadoria do INSS Percebo Pensão do INSS

Percebo aposentadoria referente ao cargo de _____
do órgão _____ Exercido a partir de __/__/__, aposentado (a) em __/__/__.

Percebo Pensão do órgão _____, na categoria (parentesco) de _____
_____, concedida em __/__/__.

Exerço o cargo/emprego/ função pública de _____
no órgão _____ com início em __/__/__, e carga horária de _____
horas semanais, conforme distribuição em quadro a seguir

Anexar cópia do (s) contra-cheque (s) do (s) vínculo (s) públicos externos à UFAL, inclusive aposentadoria/pensão, conforme Portaria Normativa n. 02/11-SRH/MP

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

² Entende-se por iniciativa pública os órgãos Públicos Federais, Estaduais, Municipais ou Distritais, da Administração Direta ou indireta, as autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista e suas subsidiárias e controladas, diretas ou indiretamente, pelo Poder Público.

³ Também entende-se por iniciativa privada os profissionais liberais e os autônomos.

III - Exclusivo para Regularização de Acumulação

Comprometo-me a apresentar vacância/exoneração/extinção contratual/redução de jornada do vínculo de _____
_____ do órgão/empresa _____

IV - Exclusivo para Professor Substituto/Temporário/Visitante

Já fui contratado (a), por tempo determinado, por órgão da Administração Federal direta, autarquia ou fundação pública federal, e meu contrato se encerrou há menos de 24 (vinte e quatro) meses. SIM NÃO

V - Declaração de Veracidade

DECLARO, ainda, estar ciente de que prestar declaração falsa é crime previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, sujeitando-me às suas penas, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

_____/_____/_____ _____
Assinatura do interessado

