Anexo II

Depoimento Pessoal para Requerente de Pensão por Morte

|  |
| --- |
| **REQUERENTE** |
| Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do RG n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do CPF n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, titular do telefone n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presto as informações abaixo, para fins de comprovação de relação de união estável entre mim \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **QUESTIONÁRIO** | |
| 1 | Quando e onde conheceu o(a) falecido(a)? |
| R |  |
| 2 | Qual a data do óbito do(a) falecido(a)? |
| R |  |
| 3 | Que tipo de relação possuía com o(a) falecido(a) na data do óbito? |
| R |  |
| 4 | Em se tratando de relação de união estável, quando esta se iniciou e quanto tempo durou? |
| R |  |
| 5 | O relacionamento era público? Indique elementos que comprovem o caráter público da relação, tais como locais que frequentavam juntos? |
| R |  |
| 6 | Em algum período houve separação? Em caso afirmativo, houve reconciliação? Quando se deu a reconciliação? |
| R |  |
| 7 | Onde residia na data do óbito do(a) falecido(a)? Há quanto tempo residia nesse endereço? |
| R |  |
| 8 | Onde o(a) falecido(a) residia na data do óbito? Há quanto tempo ele(a) residia nesse endereço? |
| R |  |
| 9 | Qual foi a causa da morte do(a) falecido(a)? Compareceu ao enterro? |
| R |  |
| 10 | Quem foi o(a) declarante do óbito? Caso não seja o(a) próprio(a), qual a sua relação com o(a) declarante do óbito? |
| R |  |
| 11 | Caso o(a) falecido(a) tenha sido hospitalizado quando do óbito ou imediatamente antes do óbito, quem o(a) acompanhou no hospital; em que hospital ficou internado(a) e por quanto tempo? |
| R |  |
| 12 | Possui filhos em comum com o(a) falecido(a)? Em caso afirmativo informe os nomes e respectivas idades. |
| R |  |
| 13 | Possui filhos de outros relacionamentos? Em caso afirmativo informe os nomes e respectivas idades. |
| R |  |
| 14 | O(A) falecido(a) possui filhos de outros relacionamentos? Em caso afirmativo informe os nomes e respectivas idades. |
| R |  |
| 15 | Caso a resposta à pergunta anterior tenha sido afirmativa, possui um bom relacionamento com o(s) filho(s) do(a) falecido(a)? Ele(s) frequentava(m) a residência do casal? |
| R |  |
| 16 | O(A) falecido(a) possuía relacionamento amoroso com outra pessoa? Caso tenha conhecimento, informe quem seria a pessoa, quanto tempo durou o relacionamento e se o relacionamento ainda existia na data do óbito. |
| R |  |
| 17 | O(A) falecido(a) trabalhava? Se sim, qual era sua atividade laborativa e há quanto tempo exercia essa atividade? Estava empregado ou trabalhando na data do óbito? |
| R |  |
| 18 | O(A) falecido(a) recebia algum benefício previdenciário? |
| R |  |
| 19 | O(A) falecido(a) costumava viajar a trabalho ou por outro motivo? Se sim, com que frequência e quanto tempo costumava ficar afastado |
| R |  |
| 20 | Recebe algum benefício assistencial ou benefício previdenciário do Regime Geral da Previdência Social ou de algum Regime Próprio de Previdência? |
| R |  |
| 21 | Possui interesse em aceitar proposta de acordo para implantação do benefício nos termos da legislação (pagamento desde a data do óbito, quando requerido até trinta dias depois deste ou desde a data do requerimento administrativo, quando apresentado após trinta dias da data do óbito) com previsão de pagamento de valores atrasados? |
| R |  |

Nada mais a declarar, e ciente das responsabilidades pelas declarações prestadas, firmo a presente.

Arcoverde/PE, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Requente- CPF/MF: