



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAS
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL
COORDENADORIA DE APOSENTADORIAS, PENSÕES E EXONERAÇÕES
CAMPUS UNIVERSITÁRIO REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE
CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE (048) 3721-9912 – EMAIL: CAPE.DAP@CONTATO.UFSC.BR

REQUERIMENTO DE PENSÃO

Cadastro no SPA: *Processo Administrativo Digital*
Grupo de assunto: 206 – Pensão
Assunto: 733 – Pensão - Pagamento
Encaminhar para CAPE/DAP

DADOS DO BENEFICIÁRIO			
Nome Civil:			
Nome Social:		Raça/Cor:	
CPF:		Data de Nascimento: ____/____/____	
RG:	Órgão Expedidor:		Data de Expedição: ____/____/____
Título de Eleitor:		Zona:	Seção: UF:
Endereço:			Nº:
Complemento:		Bairro:	
Município:			UF:
CEP:	Telefone:	Celular:	
E-mail:			
Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____			
(Bancos conveniados ao Ministério da Economia: BANCOOP, BANRISUL, BANCO DO BRASIL, BRADESCO, CAIXA, ITAÚ, SANTANDER e SICREDI.)			
PARENTESCO			
() Cônjuge - Data do casamento: ____/____/____			
() Ex-cônjuge ou ex-companheiro(a)			
() Companheiro(a) - Data de início da união estável: ____/____/____			
() Filho(a)			
() Outros (especificar): _____			

O requerente é portador de invalidez ou deficiência grave, mental ou intelectual?
() Não se enquadra () Invalidez () Deficiência grave, intelectual ou mental

DADOS DO SERVIDOR FALECIDO

Nome Civil:

CPF:

Matrícula UFSC:

Matrícula SIAPE:

Situação funcional na data do óbito: () Ativo () Aposentado

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL*

**(Anexar RG do representante e, em caso de procurador/curador, anexar também cópia da procuração ou termo de curatela)*

Nome Civil:

CPF:

Data de Nascimento: ___/___/_____

RG:

Órgão Expedidor:

Data de Expedição:
___/___/_____

Endereço:

Nº:

Complemento:

Bairro:

Município:

UF:

CEP:

Telefone:

Celular:

E-mail:

TERMO DE COMPROMISSO

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 DOU de 12/12/1990, nos termos da Portaria SGP/SEDGG/ME Nº 4245, de 24 de maio de 2022.

Florianópolis, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Beneficiário ou Representante Legal