



**AValiação Médica para fins de comprovação de invalidez
para recebimento do benefício de pensão por morte**

Nome do servidor:		CPF:
Matrícula UFPR:	Matrícula SIAPE:	
Cargo:		
Classe:	Nível/Padrão:	
Jornada de Trabalho: <input type="checkbox"/> 20 horas <input type="checkbox"/> 25 horas <input type="checkbox"/> 30 horas <input type="checkbox"/> 40 horas <input type="checkbox"/> D.E.		
Lotação:		Ramal:
Endereço residencial: Rua		Nº:
Complemento (apto, casa, bloco):		Bairro:
CEP:	Cidade:	Estado:
Telefone:	Celular:	E - mail:
DADOS DO DEPENDENTE PARA BENEFÍCIO DE PENSÃO		
Nome:		
Grau de parentesco:		
SE REQUERIDO POR REPRESENTANTE LEGAL		
Nome:		
RG nº:	CPF:	
Ato legal apresentado:		
Endereço residencial: Rua		Nº:
Complemento (apto, casa, bloco):		Bairro:
CEP:	Cidade:	Estado:
Telefone:	Celular:	E-mail:
Requer parecer da Junta Médica quanto à comprovação da invalidez, da qual é portador (a), para fins de usufruir o benefício de Pensão por Morte, de acordo com o que dispõe a Lei nº 8112/90, de 11.12.90. Nestes termos, pede deferimento.		
_____ de _____ de _____		
Assinatura do (a) requerente ou representante legal		

Preencher abaixo, **somente**, se o (a) servidor (a) não estiver no endereço acima. Por exemplo, quando se encontrar em casa de repouso ou outro.

Local:		
Endereço: Rua		Nº:
Complemento (apto, casa, bloco):		Bairro:
CEP:	Cidade:	Estado:
Telefone:	Celular:	E-mail:

ATENÇÃO

A solicitação somente poderá ser feita pelo requerente ou representante legal.

1. Preencher e assinar o presente formulário.
2. Se requerido por representante legal, anexar cópia da procuração ou ato legal.
3. Abrir processo e encaminhar via SIE, ao **UAPS – Unidade de Avaliação e Perícia de Saúde**.