

**IPISM****INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

Rua Paraíba, 576 - Funcionários - Fone 0xx31 3269-2000 - FAX 3269-2002 - C. Postal 704 - CEP 30130.140 - Belo Horizonte - MG - email ipism@ipism.gov.br

REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTE**DADOS DO SEGURADO**

Nome do Segurado		Nº de Polícia
Posto/Grad. ou Cargo	Situação Militar Ativo Inativo	Unidade

DADOS DO DEPENDENTE A SER EXCLUÍDO

Nome			
Endereço (rua, av., pça., nº, apto.)			Bairro
Fone	CEP	Cidade	UF

Marcar com um X o grau de parentesco

- | | | | |
|--------------------|-----------------|----------------------|-----------------|
| 1 - Esposo(a) | 4 - Pai | 7 - Tutelado | 10 - Curatelado |
| 2 - Companheiro(a) | 5 - Mãe | 8 - Enteado | |
| 3 - Filho(a) | 6 - Irmão Menor | 9 - Menor sob guarda | |

Marcar com um X o motivo

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 - Falecimento | <input type="checkbox"/> 9 - Fim de Conv. Marital | <input type="checkbox"/> 18 - Ordem Judicial | <input type="checkbox"/> 29 - Separação de Fato |
| <input type="checkbox"/> 2 - Casamento | <input type="checkbox"/> 10 - Início Conv. Marital | <input type="checkbox"/> 20 - Divórcio | <input type="checkbox"/> Outro Motivo (citar) |
| <input type="checkbox"/> 4 - Exercer Empr. Publ. Efet. | <input type="checkbox"/> 12 - Término da Guarda | <input type="checkbox"/> 23 - Separação Judicial | |

Documentos Anexados

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Certidão de Casamento com Averbação do Divórcio | <input type="checkbox"/> Ordem Judicial |
| <input type="checkbox"/> Cópia do Processo de Separação Judicial | <input type="checkbox"/> Certidão de Óbito |
| <input type="checkbox"/> Certidão Casamento do Dependente | <input type="checkbox"/> Carteira do Beneficiário |
| <input type="checkbox"/> Comprov. Ativ. Remuner. (filho) | <input type="checkbox"/> Cartão Magnético |

Deixo de devolver a carteira de identificação e cartão magnético, por motivo de _____
e assumo inteira responsabilidade pelo seu uso indevido.

Localidade	Data	Assinatura do Requerente:
------------	------	---------------------------

INFORMAÇÃO DO SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

<input type="checkbox"/> Documentação está completa	Informações complementares: _____
<input type="checkbox"/> Pela exclusão do(a) dependente	

Belo Horizonte	Data	Assinatura e carimbo do Chefe de Serviço:
----------------	------	---

DESPACHO DO CHEFE DIVISÃO DE PREVIDÊNCIA

Deferido	Indeferido
Diligenciar	_____

Belo Horizonte	Data	Assinatura e carimbo do Chefe da Divisão:
----------------	------	---