

**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 INSCRIÇÃO DE DEPENDENTE****DADOS DO SEGURADO**

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

**DADOS DO DEPENDENTE A SER INSCRITO**

Nome		CPF	
Nome da Mãe			
Endereço (rua, av., pça., nº, apto.)			Bairro
Fone	CEP	Cidade	UF
Fone (WhatsApp)		E-mail	

Tipo	Data Nasc.	Estado Civil 1 - solteiro(a)                      3 - Viúvo                      5 - Divorciado(a) 2 - casado(a)                      4 - Separado Judicial                      6 - Marital		
Sexo Masculino Feminino	Marcar com um X o grau de parentesco 1 - Esposo(a)                      4 - Pai                      7 - Enteadado 2 - Companheiro(a)                      5 - Mãe                      8 - Menor sob guarda 3 - Filho(a)                      6 - Irmão Menor			Data de Início da dependência

Tipo da Dependência: <input type="checkbox"/> Assistência a Saúde <input type="checkbox"/> Todos Benefícios		Situação do Dependente: 1 - Filho(a) estudante maior                      3 - Inválido temporário 2 - Inválido permanente                      4 - Situação normal	
---	--	--	--

Documentos Apresentados :

<input type="checkbox"/> Certidão de nascimento do dependente	<input type="checkbox"/> Certidão de nasc./casamento do(a) genitor(a)
<input type="checkbox"/> Certidão de casamento	<input type="checkbox"/> Certidão negativa do INSS
<input type="checkbox"/> Cert. de casamento c/ averb. divórcio do segurado	<input type="checkbox"/> Provas materiais de convivência marital
<input type="checkbox"/> Cert. de casam. c/ averb. divórcio do cônjuge	<input type="checkbox"/> Termo de guarda de menor
<input type="checkbox"/> Certidão de nascimento do segurado	<input type="checkbox"/> Cópia de processo de separação judicial
<input type="checkbox"/> Certidão de nascimento de filho em comum	<input type="checkbox"/> Outro _____

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

**INFORMAÇÕES DO SAB/DB OU DA SAS/BPM DO INTERIOR**

<input type="checkbox"/> Necessita sindicat <input type="checkbox"/> Pela remessa do IPISM <input type="checkbox"/> Documentação está completa	Informações Complementares: _____ _____ _____
Assinatura do responsável pela conferência	

Localidade	Data	Assinatura e carimbo do chefe do SAB ou SAS/BPM
------------	------	---

**DESPACHO DO CMT DO BPM DO INTERIOR OU DO CHEFE DA DP/IPISM**

<input type="checkbox"/> Encaminhe-se ao IPISM	<input type="checkbox"/> Sindicat _____	
Localidade	Data	Assinatura e carimbo do CMT/BPM ou do chefe da DP