

**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

SINDICÂNCIA ADMINISTRATIVA (para inclusão)Tipo de Beneficiário: **Menor sob guarda**

Esta sindicância objetiva apurar a atual situação do menor sob guarda como dependente do segurado, para fins de inscrição nos termos da legislação vigente. Considerando que a guarda do menor é uma situação emergencial, a apuração visa, sobretudo, esclarecer se o guardião substitui os pais naturais, sendo de capital importância, apurar se os pais naturais existem, quais as suas possibilidades econômicas, bem como as possibilidades do guardião para cumprir os deveres e obrigações decorrentes da transferência do Poder Familiar, devendo anexar o Termo de Guarda e outros documentos, que comprovem a dependência econômica do menor.

PREENCHER EM LETRA DE FORMANome do Sindicante Posto ou Cargo/Função Designado por Posto ou Cargo/Função **DADOS DO(A) SEGURADO(A) (guardião(ã) do menor)**Nome Data Nasc Idade

Solteiro(a)	Viuvo(a)	Separado(a) Judicial	Situação Militar
Casado(a)	Divorciado(a)	Separado(a) de Fato	Ativo <input type="checkbox"/> Inativo <input type="checkbox"/>

Matrícula Posto/Grad/Cargo OPM C Ident (Nº e Orgão Expedidor) Endereço (Logradouro, Nº e complemento) Bairro CEP Cidade UF Tempo Resid **DADOS DO MENOR**Nome do Menor Data Nasc Idade Nome da Mãe **DECLARAÇÕES DOS PAIS BIOLÓGICOS**Nome do Pai C Ident (Nº e Orgão Expedidor)

Data Nasc	Idade	Profissão	Local de Trabalho	Salário Mensal
-----------	-------	-----------	-------------------	----------------

Endereço (Logradouro, Nº e complemento) Bairro CEP Cidade UF Tempo Resid Nome da Mãe C Ident (Nº e Orgão Expedidor)

Data Nasc	Idade	Profissão	Local de Trabalho	Salário Mensal
-----------	-------	-----------	-------------------	----------------

Endereço (Logradouro, Nº e complemento) Bairro CEP Cidade UF Tempo Resid

Motivação da Guarda do Menor (Transferência do Matriarcado)

TERMO DE GUARDA					
Data	Autoridade Judiciária Concedente				
Comarca					
Pessoas que vivem na companhia do menor					
Nome	Parentesco	Grau de Instrução	Idade	Profissão	Renda Mensal
Total de renda familiar (R\$)					
Assumo inteira responsabilidade pelas declarações prestadas, sob as penas da lei					
Localidade		Data		Assinatura do Pai	
Localidade		Data		Assinatura da Mãe	
DEPOIMENTO DA PRIMEIRA TESTEMUNHA					
Nome				C Ident (Nº e Orgão Expedidor)	
Data Nasc	Idade	Profissão	Relação com o(a) sindicado(a)		
			Vizinho	Colega	Conhecido
Endereço (Logradouro, Nº e complemento)					CIC - CPF
O MSG sempre viveu com o segurado?					CEP
Sim	Não. Vive com o segurado há: ____ anos e ____ meses				
O MSG depende economicamente do segurado?					Fone
Não	Parcialmente	Totalmente			
O MSG sempre viveu com os pais?					
Sim	Não. Viveu até a idade de ____ anos e ____ meses				
Os pais trabalham?					
Sim	Não	Apenas o pai		Apenas a mãe	
Os pais têm condição de criar e educar o MSG?					
Sim	Não. Porque? _____				
Assumo inteira responsabilidade pelas declarações prestadas, sob as penas da lei					
Localidade		Data		Assinatura da primeira testemunha	
DEPOIMENTO DA SEGUNDA TESTEMUNHA					
Nome				C Ident (Nº e Orgão Expedidor)	
Data Nasc	Idade	Profissão	Relação com o(a) sindicado(a)		
			Vizinho	Colega	Conhecido
Endereço (Logradouro, Nº e complemento)					CIC - CPF
O MSG sempre viveu com o segurado?					CEP
Sim	Não. Vive com o segurado há: ____ anos e ____ meses				
O MSG depende economicamente do segurado?					Fone
Não	Parcialmente	Totalmente			
O MSG sempre viveu com os pais?					
Sim	Não. Viveu até a idade de ____ anos e ____ meses				
Os pais trabalham?					
Sim	Não	Apenas o pai		Apenas a mãe	

PARECER DA DIVISÃO DE PREVIDÊNCIA

Belo Horizonte	Data	Assinatura do Chefe da Divisão
----------------	------	--------------------------------

DECISÃO DO DIRETOR DE PREVIDÊNCIA

Aprovação da Sindicância

Sim Não - Justificativa _____

Decisão Final

 Defiro

 Indefiro

Motivo

 Baixar em diligência

Observações ou ressalvas

Belo Horizonte	Data	Assinatura do Diretor
----------------	------	-----------------------