

**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: **Pais, irmãos ou companheira**

Esta sindicância objetiva suprir a falta ou insuficiência de documentos ou produzir prova de fatos ou circunstâncias que interfiram na caracterização da pessoa sindicada como dependente do segurado para fins de inscrição, nos termos da legislação vigente. Portanto, o formulário será usado para apurar e comprovar que, efetivamente, a companheira do segurado vivo, mantém com este união estável, ou que a mãe, o pai, o irmão e/ou irmã solteiros menores de 21 anos e/ou inválidos de segurado vivo ou falecido dependem ou dependiam economicamente do mesmo, para subsistência própria.

Para preenchê-lo, o sindicante deverá interrogar a pessoa sindicada sobre fatos relacionados com o objetivo da sindicância, reproduzindo, fielmente, as respostas nos campos próprios, mesmo que as declarações conflitem com os dados da vida real. Da mesma forma procederá quanto às testemunhas, de preferência vizinhos da pessoa sindicada, colegas, conhecidos ou pessoas que se relacionem com o sindicado e o segurado, e possam prestar declarações mais precisas. Ao final, o sindicante emitirá seu RELATÓRIO circunstanciado sobre os fatos apurados, datando e assinando o documento nos espaços próprios.

**PREENCHER A MÁQUINA OU EM LETRA DE FORMA**

|                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| Nome do Sindicante | Posto ou Cargo/Função |
| Designado por      | Posto ou Cargo/Função |

**DADOS DO(A) SEGURADO(A)**

|   |                           |   |                                   |
|---|---------------------------|---|-----------------------------------|
| Nome                                    |                           | Data Nasc                                   | Idade                             |
| Solteiro(a)<br>Casado(a)                | Viuvo(a)<br>Divorciado(a) | Separado(a) Judicial<br>Separado(a) de Fato | Situação Militar<br>Ativo Inativo |
| Matrícula                               | Posto/Grad/Cargo          | OPM   | C Ident (Nº e Orgão Expedidor)    |
| Endereço (Logradouro, Nº e complemento) |                           |   | Bairro                            |
| CEP                                     | Cidade                    | UF  | Tempo Resid                       |

**DECLARAÇÕES DA PESSOA SINDICADA**

|  |  |  |  |              |
|--|--|--|--|--------------|
| Nome   |  |  | C Ident (Nº e Orgão Expedidor)   |              |
| Data Nasc  | Idade  | Profissão  | Fonte de Renda   | Valor Mensal |
| Endereço (Logradouro, Nº e complemento)              |  |  | Bairro   |              |
| Fone   | CEP  | Cidade   | UF   |              |
| Estado Civil<br>Solteiro(a)<br>Casado(a)<br>Viúvo(a) | Separado(a) Judicial<br>Separado(a) de Fato<br>Divorciado(a) | Vínculo com o(a) Segurado(a)<br>Companheiro(a)<br>Mãe<br>Pai | Irmã menor de 21 ou inválida<br>Irmão menor de 21 ou inválido<br>Outro _____ |              |

Descrição da Condição Social

Habitação

Saúde

Outros dados sobre a condição social (casa própria, alugada, emprestada, de quem, outros, etc)

**Pessoas que vivem em sua companhia**

| Nome                    | Parentesco | Grau Inst | Idade | Profissão | Renda Mensal |
|-------------------------|------------|-----------|-------|-----------|--------------|
|                         |            |           |       |           |              |
|                         |            |           |       |           |              |
|                         |            |           |       |           |              |
|                         |            |           |       |           |              |
|                         |            |           |       |           |              |
| Total da renda familiar |            |           |       |           |              |

|  |       |                      |        |   |        |                                |    |
|--|-------|----------------------|--------|---|--------|--------------------------------|----|
| O(a) sindicado(a) vive com o(a) segurado(a)  |       | Não                  |        | Sim   |        | Quanto tempo? _____            |    |
| Declarações complementares (outras fontes de renda, outros bens, etc)                    |       |                      |        |   |        |                                |    |
| Localidade   |       | Data                 |        | Assinatura do(a) Sindicado(a)                         |        |                                |    |
| <b>DEPOIMENTO DA PRIMEIRA TESTEMUNHA</b>   |       |                      |        |   |        |                                |    |
| 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)  |       |                      |        |   |        | Bairro                         |    |
| Fone   |       | CEP                  | Cidade |   |        |                                | UF |
| O(a) Sindicado(a) vive com o(a) Segurado(a)  |       |                      |        | Sindicado(a) depende economicamente do(a) Segurado(a) |        |                                |    |
| Sim  |       | Não                  |        | Quanto tempo _____                                    |        | Não                            |    |
|  |       |                      |        |   |        | Parcialmente                   |    |
|  |       |                      |        |   |        | Totalmente                     |    |
| Estado civil do(a) segurado(a)   |       |                      |        | O(a) segurado(a) tem filhos                           |        |                                |    |
| Solteiro(a)  |       | Separado(a) Judicial |        | Não   |        | Sim. Quantos _____             |    |
| Casado(a)  |       | Separado(a) de Fato  |        | Com o(a) sindicado(a) _____                           |        | Vivem com _____                |    |
| Viúvo(a)   |       | Divorciado(a)        |        | Com terceiros _____                                   |        | Vivem com _____                |    |
| Estado civil do(a) sindicado(a)  |       |                      |        | O(a) sindicado(a) tem filhos                          |        |                                |    |
| Solteiro(a)  |       | Separado(a) Judicial |        | Não   |        | Sim. Quantos _____             |    |
| Casado(a)  |       | Separado(a) de Fato  |        | Com o(a) segurado(a) _____                            |        | Vivem com _____                |    |
| Viúvo(a)   |       | Divorciado(a)        |        | Com terceiros _____                                   |        | Vivem com _____                |    |
| Situação de morada do(a) sindicado(a)  |       |                      |        |   |        |                                |    |
| Casa própria   |       | Casa alugada         |        | Casa emprestada de quem _____                         |        |                                |    |
| Outra. Qual? _____   |       |                      |        |   |        |                                |    |
| O(a) sindicado(a) tem renda própria?   |       |                      |        |   |        |                                |    |
| Não  |       | Sim                  |        | Valor mensal aproximado em Reais                      |        | R\$ _____                      |    |
| O(a) próprio(a) sindicado(a) se sustenta?  |       |                      |        |   |        |                                |    |
| Sim  |       | Não                  |        | Quem o(a) sustenta? _____                             |        |                                |    |
| Informações complementares sobre a vida do(a) sindicado(a)                               |       |                      |        |   |        |                                |    |
|  |       |                      |        |   |        |                                |    |
|  |       |                      |        |   |        |                                |    |
|  |       |                      |        |   |        |                                |    |
|  |       |                      |        |   |        |                                |    |
| <b>Assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas, sob as penas da Lei.</b> |       |                      |        |   |        |                                |    |
| Localidade   |       | Data                 |        | Assinatura do(a) Testemunha                           |        |                                |    |
| <b>DEPOIMENTO DA SEGUNDA TESTEMUNHA</b>  |       |                      |        |   |        |                                |    |
| 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)  |       |                      |        |   |        | Bairro                         |    |
| Fone   |       | CEP                  | Cidade |   |        |                                | UF |
| O(a) Sindicado(a) vive com o(a) Segurado(a)  |       |                      |        | Sindicado(a) depende economicamente do(a) Segurado(a) |        |                                |    |
| Sim  |       | Não                  |        | Quanto tempo _____                                    |        | Não                            |    |
|  |       |                      |        |   |        | Parcialmente                   |    |
|  |       |                      |        |   |        | Totalmente                     |    |

|  |       |   |   |
|--|-------|---|---|
| Estado civil do(a) segurado(a)<br>Solteiro(a) Separado(a) Judicial<br>Casado(a) Separado(a) de Fato<br>Viúvo(a) Divorciado(a)  |       | O(a) segurado(a) tem filhos<br>Não Sim. Quantos _____<br>Com o(a) sindicado(a) _____ Vivem com _____<br>Com terceiros _____ Vivem com _____ |   |
| Estado civil do(a) sindicado(a)<br>Solteiro(a) Separado(a) Judicial<br>Casado(a) Separado(a) de Fato<br>Viúvo(a) Divorciado(a) |       | O(a) sindicado(a) tem filhos<br>Não Sim. Quantos _____<br>Com o(a) segurado(a) _____ Vivem com _____<br>Com terceiros _____ Vivem com _____ |   |
| Situação de morada do(a) sindicado(a)<br>Casa própria Casa alugada Casa emprestada de: _____<br>Outra. Qual? _____             |       |   |   |
| O(a) sindicado(a) tem renda própria?<br>Não Sim Valor mensal aproximado em Reais R\$ _____                                     |       |   |   |
| O(a) próprio(a) sindicado(a) se sustenta?<br>Sim Não Quem o(a) sustenta? _____   |       |   |   |
| Informações complementares sobre a vida do(a) sindicado(a)<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____                                 |       |   |   |
| <b>Assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas, sob as penas da Lei.</b>                                       |       |   |   |
| Localidade   |       | Data  | Assinatura do(a) Testemunha                               |
| <b>DEPOIMENTO DA TERCEIRA TESTEMUNHA</b>   |       |   |   |
| Nome   |       |   | C Ident (Nº e Orgão Expedidor)                            |
| Data Nasc  | Idade | Profissão   | Relação com o(a) sindicado(a)<br>Vizinho Colega Conhecido |
| Endereço (Logradouro, Nº e complemento)  |       |   | Bairro  |
| Fone   | CEP   | Cidade  | UF  |
| O(a) Sindicado(a) vive com o(a) Segurado(a)<br>Sim Não Quanto tempo _____  |       | Sindicado(a) depende economicamente do(a) Segurado(a)<br>Não Parcialmente Totalmente  |   |
| Estado civil do(a) segurado(a)<br>Solteiro(a) Separado(a) Judicial<br>Casado(a) Separado(a) de Fato<br>Viúvo(a) Divorciado(a)  |       | O(a) segurado(a) tem filhos<br>Não Sim. Quantos _____<br>Com o(a) sindicado(a) _____ Vivem com _____<br>Com terceiros _____ Vivem com _____ |   |
| Estado civil do(a) sindicado(a)<br>Solteiro(a) Separado(a) Judicial<br>Casado(a) Separado(a) de Fato<br>Viúvo(a) Divorciado(a) |       | O(a) sindicado(a) tem filhos<br>Não Sim. Quantos _____<br>Com o(a) segurado(a) _____ Vivem com _____<br>Com terceiros _____ Vivem com _____ |   |
| Situação de morada do(a) sindicado(a)<br>Casa própria Casa alugada Casa emprestada de: _____<br>Outra. Qual? _____             |       |   |   |
| O(a) sindicado(a) tem renda própria?<br>Não Sim Valor mensal aproximado em Reais R\$ _____                                     |       |   |   |
| O(a) próprio(a) sindicado(a) se sustenta?<br>Sim Não Quem o(a) sustenta? _____   |       |   |   |



