

**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS****REQUERIMENTO DE PECÚLIO****PROTOCOLO:****DADOS DO BENEFICIÁRIO PRINCIPAL**

Nome		Matrícula	CPF	R.G (N° e Org.Exp.)	
Relação Dependência	Data Nascimento	Sexo	Email		
Logradouro (Rua Av Praça, n°, Apt°)			Bairro		
Cidade		UF	CEP	Telefone	Celular
Banco		Código do Banco	Código da Agência	Número da Conta	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (Se houver)

Nome		CPF	R.G (N° e org Expedidor)	
Logradouro (Rua Av Praça, n°, Apt°)		Bairro		
Cidade		UF	CEP	Telefone
Email				

DADOS DO EX-SEGURADO

Nome		Matrícula	Posto/Grad/Cargo	
Situação Militar Ativo Inativo	OPM	Data Inclusão	Data de Nascimento	Data de Falecimento
Localidade		Data	Assinatura do Requerente	

INFORMAÇÕES DO SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO DE PENSÃO E OUTROS BENEFÍCIOS

N° Quinquênios	Curso	Valor Bruto Pecúlio	Descontos	Valor Líquido Pecúlio	Valor Desta Cota
-----------------------	--------------	----------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------

Informações Complementares

Cidade	Data	Assinatura e Carimbo do Chefe de Serviço
---------------	-------------	---

PARECER DA DIVISÃO DE PREVIDÊNCIA

- Pelo DEFERIMENTO, nos termos do Artigo 21, da Lei 10.366/90

- Pelo indeferimento. _____

Cidade	Data	Assinatura e Carimbo do Chefe da Divisão
---------------	-------------	---

DESPACHO DO DIRETOR DE PREVIDÊNCIA

Defiro Indefiro _____ _____ _____

Cidade	Data	Assinatura e Carimbo do Diretor
---------------	-------------	--