

**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS****REQUERIMENTO DE PENSÃO****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.Exp.)	
Logradouro (Rua Av Praça, n°, Apt°)			Bairro		
Cidade			UF	CEP	Telefone
Email					

DADOS DO EX-SEGURADO

Nome			CPF	Matrícula	Posto/Grad/Cargo
Situação Militar Ativo Inativo	N.Processo	OPM	Dt. Nascimento	Dt. Inclusão	Dt. Falecimento
Localidade		Data	Assinatura do Requerente		

INFORMAÇÕES DO SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO DE PENSÃO E OUTROS BENEFÍCIOS

N° Quinquênios	Curso	Ref.Proporcional	Estipêndio Benefício		Valor Global Pensão
Valor Desta Cota	Valor Pensão Mensal	Valor Atrasados	% Pensão	N.Pensionistas	Data de Vigência

Informações Complementares

--	--	--	--	--	--

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

PARECER DA DIVISÃO DE PREVIDÊNCIA

--	--	--	--	--	--

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

DESPACHO DO DIRETOR DE PREVIDÊNCIA

Defiro Indefiro _____

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