

**IP S M****INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

Rua Paraíba 576 - Funcionários - Fone 0xx31 3269-2000 - FAX 0xx31 3269-2002 - C. Postal 704 - CEP 3-130.140 - Belo Horizonte-MG

REQUERIMENTO DE AUXÍLIO-RECLUSÃO**DADOS DO BENEFICIÁRIO PRINCIPAL**

Nome		Mat/Inscrição	CPF
Endereço (Rua Av Praça, nº, Aptº)		Bairro	
Fone	CEP	Cidade	UF
Banco	Nome da Agência	Código da Agência	Número da Conta

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (Se houver)

Nome	C. Identidade (Nº e órgão expedidor)
------	--------------------------------------

DADOS DO EX-SEGURADO DETENTO / RECLUSO

Nome		Nº de Polícia			
OPM	Posto/Grad	Data Inclusão	Data Nascim	Data Comp Recl	Data BGPM

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

Nome	Data Nasc	Sexo	Rel Dependencia

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

INFORMAÇÕES DO DEPARTAMENTO DE PENSÕES E AUXÍLIOS DIVERSOS

Nº Quinquênios	Curso	Valor Estipêndio Benefício	Valor Global do Auxílio	
Valor Aux Mensal	Valor Aux Atrasados	% Auxílio	Nº Depen	Data de Vigência

Belo Horizonte	Data	Assinatura e carimbo do Chefe do Departamento
----------------	------	---

PARECER DA GERÊNCIA DE PENSÕES, AUXÍLIOS E MONITORAMENTO

Belo Horizonte	Data	Assinatura e carimbo do Gerente
----------------	------	---------------------------------

DESPACHO DO DIRETOR DE PREVIDÊNCIA

<input type="checkbox"/> Defiro	<input type="checkbox"/> Indefiro	<input type="checkbox"/> _____
---------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

Belo Horizonte	Data	Assinatura e carimbo do Diretor
----------------	------	---------------------------------