

**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 SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO DE PENSÕES E OUTROS BENEFÍCIOS**

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 Serviço
----------------	------	--

**PARECER DA DIVISÃO DE PREVIDÊNCIA**


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

**DESPACHO DO DIRETOR DE PREVIDÊNCIA**

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

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