

**IPSM****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 ipsm@ipsm.gov.br

**REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTE****DADOS DO SEGURADO**

Nome do Segurado		Nº de Polícia	
Posto/Grad. ou Cargo	Situação Militar Ativo                      Inativo		Unidade

**DADOS DO DEPENDENTE A SER EXCLUÍDO**

Nome			
Endereço (rua, av., pça., nº, apto.)			Bairro
Fone	CEP	Cidade	UF

Marcar com um X o grau de parentesco

- |                    |                 |                      |                 |
|--------------------|-----------------|----------------------|-----------------|
| 1 - Espos(a)       | 4 - Pai         | 7 - Tutelado         | 10 - Curatelado |
| 2 - Companheiro(a) | 5 - Mãe         | 8 - Enteado          |                 |
| 3 - Filho(a)       | 6 - Irmão Menor | 9 - Menor sob guarda |                 |

Marcar com um X o motivo

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 - Falecimento               | <input type="checkbox"/> 9 - Fim de Conv. Marital  | <input type="checkbox"/> 18 - Ordem Judicial     | <input type="checkbox"/> 29 - Separação de Fato |
| <input type="checkbox"/> 2 - Casamento                 | <input type="checkbox"/> 10 - Início Conv. Marital | <input type="checkbox"/> 20 - Divórcio           | <input type="checkbox"/> Outro Motivo (citar)   |
| <input type="checkbox"/> 4 - Exercer Empr. Publ. Efet. | <input type="checkbox"/> 12 - Término da Guarda    | <input type="checkbox"/> 23 - Separação Judicial | _____   |

Documentos Anexados

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Certidão de Casamento com Averbação do Divórcio | <input type="checkbox"/> Ordem Judicial           |
| <input type="checkbox"/> Cópia do Processo de Separação Judicial         | <input type="checkbox"/> Certidão de Óbito        |
| <input type="checkbox"/> Certidão Casamento do Dependente                | <input type="checkbox"/> Carteira do Beneficiário |
| <input type="checkbox"/> Comprov. Ativ. Remuner. (filho)                 | <input type="checkbox"/> Cartão Magnético         |

Deixo de devolver a carteira de identificação e cartão magnético, por motivo de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e assumo inteira responsabilidade pelo seu uso indevido.

*Declaro estar ciente de que caso deseje reincluir o cônjuge ou companheiro (a); deverei apresentar novo requerimento de inscrição e os demais documentos necessários, além da realização de Sindicância Administrativa nos casos específicos; conforme legislação vigente e a critério da Administração.*

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

**INFORMAÇÃO DO SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS**

<input type="checkbox"/> Documentação está completa	Informações complementares: _____
<input type="checkbox"/> Pela exclusão do(a) dependente	

Belo Horizonte	Data	Assinatura e carimbo do Chefe de Serviço:
----------------	------	---

**DESPACHO DO CHEFE DIVISÃO DE PREVIDÊNCIA**

Deferido	Indeferido
Diligenciar	_____

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