

**IPISM****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 ipism@ipism.gov.br

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE DEPENDENTE**DADOS DO SEGURADO**

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

DADOS DO DEPENDENTE A SER INSCRITO

Nome		CPF	
Nome da Mãe			
Endereço (rua, av., pça., nº, apto.)			Bairro
Fone	CEP	Cidade	UF
Fone (WhatsApp)	E-mail		
Data Nasc.	Estado Civil 1 - solteiro(a) 3 - Viúvo 5 - Divorciado(a) 2 - casado(a) 4 - Separado Judicial 6 - Marital		
Sexo	Marcar com um X o grau de parentesco		
Masculino	1 - Esposo(a)	4 - Pai	7 - Enteadado
Feminino	2 - Companheiro(a)	5 - Mãe	8 - Menor sob guarda
	3 - Filho(a)	6 - Irmão Menor	

Situação do Dependente:	
1 - Filho(a) estudante maior	3 - Inválido temporário
2 - Inválido permanente	4 - Situação normal

Documentos Apresentados :

<input type="checkbox"/> Certidão de nascimento do dependente	<input type="checkbox"/> Certidão de nasc./casamento do(a) genitor(a)
<input type="checkbox"/> Certidão de casamento	<input type="checkbox"/> Certidão negativa do INSS
<input type="checkbox"/> Cert. de casamento c/ averb. divórcio do segurado	<input type="checkbox"/> Provas materiais de convivência marital
<input type="checkbox"/> Cert. de casam. c/ averb. divórcio do cônjuge	<input type="checkbox"/> Termo de guarda de menor
<input type="checkbox"/> Certidão de nascimento do segurado	<input type="checkbox"/> Cópia de processo de separação judicial
<input type="checkbox"/> Certidão de nascimento de filho em comum	<input type="checkbox"/> Outro _____

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

INFORMAÇÕES DO SAB/DB OU DA SAS/BPM DO INTERIOR

<input type="checkbox"/> Necessita sindicat	Informações Complementares: _____ _____
<input type="checkbox"/> Pela remessa do IPISM	
<input type="checkbox"/> Documentação está completa	
Assinatura do responsável pela conferência	

Localidade	Data	Assinatura e carimbo do chefe do SAB ou SAS/BPM
------------	------	---

DESPACHO DO CMT DO BPM DO INTERIOR OU DO CHEFE DA DP/IPISM

<input type="checkbox"/> Encaminhe-se ao IPISM	<input type="checkbox"/> Sindicat _____	
Localidade	Data	Assinatura e carimbo do CMT/BPM ou do chefe da DP