

**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<br>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<br>1 - solteiro(a)                      3 - Viúvo                      5 - Divorciado(a)<br>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:<br>_____<br>_____<br>_____ |
| <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 |