

**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS****REQUERIMENTO DE PENSÃO****PROTOCOLO:****DADOS DO BENEFICIÁRIO PRINCIPAL**

Nome		Matrícula	CPF	Email		
Relação Dependência	Data Nascimento	Sexo	Raça / Cor Branca Preta Amarela Parda Indígena			
Logradouro (Rua Av Praça, n°, Apt°)			Bairro			
Cidade			UF	CEP	Telefone	Celular
Banco		Código do Banco	Código da Agência		Número da Conta	
Recebe pensão ou aposentadoria concedida no âmbito dos Regimes Geral de Previdência Social-RGPS ou Próprio de Previdência Social-RPPS? Não Sim Se sim, informar Orgão / Entidade: _____ e Valor: _____						

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (Se houver)

Nome		CPF	Email			
Logradouro (Rua Av Praça, n°, Apt°)			Bairro			
Cidade			UF	CEP	Telefone	

DADOS DO EX-SEGURADO

Nome		CPF	Matrícula	Posto/Grad/Cargo		
Situação Militar Ativo Inativo	N.Processo	OPM	Dt. Nascimento	Dt. Inclusão	Dt. Falecimento	
Localidade		Data	Assinatura do Requerente			

INFORMAÇÕES DO DEPARTAMENTO DE PENSÕES E AUXÍLIOS DIVERSOS

N° Quinquênios	Curso	Ref.Proporcional	Estipêndio Benefício		Valor Global Pensão
Valor Desta Cota	Valor Pensão Mensal	Valor Atrasados	% Pensão	N.Pensionistas	Data de Vigência

Informações Complementares

Cidade	Data	Assinatura e Carimbo do Chefe de Departamento
---------------	-------------	--

PARECER DA GERÊNCIA DE PENSÕES, AUXÍLIOS E MONITORAMENTO

Cidade	Data	Assinatura e Carimbo do Gerente
---------------	-------------	--

DESPACHO DO DIRETOR DE PREVIDÊNCIA

Defiro Indefiro

Cidade	Data	Assinatura e Carimbo do Diretor
---------------	-------------	--