

**Ilmo(a). Sr(a). Diretor(a) Presidente do
Instituto de Previdência Própria do Município de Itupeva**

REQUERIMENTO DE PENSÃO POR MORTE

Informações do(a) Requerente			
Nome:			
Identidade n.º		Órgão/UF	
Data de Nascimento:		(DD/MM/AAAA)	
Estado Civil:		Sexo:	
Vínculo com o(a) Segurado(a)			
Endereço:			
Telefone:			

O(A) requerente acima qualificado(a) REQUER a concessão de PENSÃO POR MORTE, em favor dos dependentes discriminados anexo, nos termos da legislação em vigor.

Informações do(a) Segurado(a)			
Nome:			
Data de Nascimento:		(DD/MM/AAAA)	
Data do Óbito:		(DD/MM/AAAA)	
Nome da Mãe:			
Estado Civil:		Sexo:	
Carteira de Trabalho n.º:		Série:	
PIS/PASEP:			
Dependentes:		Obs.: Relacionar no verso	
Cargo que ocupava:			

Documentos do Segurado Anexados (cópias autenticadas ou com os originais)	
<input type="checkbox"/>	Cópia da Certidão do óbito
<input type="checkbox"/>	Certidão do Órgão dos Recursos Humanos
<input type="checkbox"/>	Certidão da Secretaria da Educação (para docente)
<input type="checkbox"/>	Cópia do ato de nomeação para o cargo
<input type="checkbox"/>	Cópia do cartão do PIS/PASEP
<input type="checkbox"/>	Comprovante de Identidade (RG, CTPS, Certidão de Nascimento ou Casamento)
<input type="checkbox"/>	Comprovante de Inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF, do Ministério da Fazenda)
<input type="checkbox"/>	Outros:(especificar)

Documentos do(s) Dependente(s) Anexados (cópias autenticadas ou com os originais)	
<input type="checkbox"/>	Comprovante de Identidade (RG, CTPS, Certidão de Nascimento ou Casamento)
<input type="checkbox"/>	Comprovante de Inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF, do Ministério da Fazenda)
<input type="checkbox"/>	Comprovante de Residência (conta de água, luz ou telefone)
<input type="checkbox"/>	Outros:(especificar)

**Nestes Termos,
Pede Deferimento.**

Data do Requerimento (DD/MM/AAAA)	Assinatura
---------------------------------------------	-------------------

Para uso exclusivo do RPPS

Protocolo n.º		Carimbo e Rubrica
Data (DD/MM/AAAA):		
Processo n.º		
Observações:		



**Instituto de Previdência Social dos Servidores
Municipais de Itupeva**

Dependentes:

Nº	Nome	Vínculo	Data de Nasc.
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			