

REQUERIMENTO PARA BENEFÍCIO DE PENSÃO

A- IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR FALECIDO				
Nome:				
Órgão de Lotação:		Matrícula:		
CPF:		Data do óbito: / /		
B- IDENTIFICAÇÃO DO PRETENSO PENSIONISTA				
Nome:				
CPF:		RG:	Telefone:	
Banco:		Agência:	Conta:	
Rua/Av:			Número:	
Bairro:			Complemento:	
Cidade:		Estado:	CEP:	
E-mail:				
C – IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL				
Nome:				
CPF:		RG:	Telefone:	
Rua/Av:			Número:	
Bairro:			Complemento:	
Cidade:		Estado:	CEP:	
E-mail:				
D – ASSINALAR O TIPO DO REPRESENTANTE LEGAL				
<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Curador(a)	<input type="checkbox"/> Tutor(a)	<input type="checkbox"/> Gaurdião(ã)
E – CONDIÇÃO DE DEPENDÊNCIA				
<input type="checkbox"/> Esposo(a)	<input type="checkbox"/> Companheiro(a)	<input type="checkbox"/> Filho(a)	<input type="checkbox"/> Menor sob tutela	
<input type="checkbox"/> Dependente maior de idade (inválido): _____				
Mariana, _____ de _____ de _____.				
Assinatura: _____				