REQUERIMENTO DE PENSÃO

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO SEGURADO** | | | | | |
| **Nome do Segurado** | | | **Número Funcional/Vínculo ou Matrícula** | | |
| **Nome da mãe** | | | **Data de Óbito** | **CPF** | |
| **Situação Funcional** | | | **Órgão de Origem** | | |
| **DADOS DO REQUERENTE** | | | | | |
| **Nome do Requerente** | | **CPF** | | | |
| **Parentesco Informado** | | **Data de Nascimento** | | | **Raça/cor** |
| **Dados Bancários** | | **Estado Civil** | | | |
| **Se habilita na condição de inválido? Sim Não** | | | | | |
| **Endereço** | | | | | |
| **CEP** | **E-mail** | **Telefones** | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMAÇÕES ADICIONAIS** | | |
|  | | |
|  |  | Declaro que não recebo benefício previdenciário de pensão e/ou aposentadoria pago pelo IPAJM  ou outro Regime Próprio de Previdência, ou ainda pelo Regime Geral de Previdência - INSS. |
| Declaro que recebo benefício previdenciário de pensão e/ou aposentadoria pago pelo IPAJM ou outro Regime Próprio de Previdência, ou ainda pelo Regime Geral de Previdência - INSS.  Indicar RPPS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Declaro estar ciente que deverá ser comunicado ao IPAJM o casamento, união estável ou óbito de quaisquer dos beneficiários, mediante apresentação da respectiva certidão.  Declaro, ainda, estar ciente de que poderão incidir descontos no benefício de pensão nas situações discriminadas no artigo 16 da Lei Complementar 282/2004  O descumprimento deste termo de responsabilidade implicará na perda do direito ao benefício, obrigação de devolução dos valores recebidos indevidamente, bem como aplicação das sanções penais cabíveis.  Fica o requerente notificado nesta data da necessidade de apresentação do documento ( ) no prazo  máximo de 30 (trinta) dias para o prosseguimento da análise. Estando ciente que a não apresentação do documento implicará em arquivamento do requerimento sem análise do pedido. | | |

Vitória-ES,

|  |  |
| --- | --- |
| **Requerente** | **Responsável pelo atendimento** |
| Assinatura do Requerente | **Nº Funcional:** |

|  |
| --- |
| SEDE: Av. Cezar Hilal, n° 1345, Bairro Santa Lucia - Vitória - ES - 29.056-083 TEL.: 0800.283.6640 www.ipajm.es.gov.br - ipajm@ipajm.es.gov.br |