

REQUERIMENTO DE PENSÃO POR MORTE (ANEXO IV)

Requerente: _____

CPF: _____ RG: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

e-mail: _____ Cel: _____

REPRESENTANTE LEGAL: () Sim () Não

Condição: () Tutor () Curador () Procurador () Representante

Nome: _____

CPF: _____ RG: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

e-mail: _____ Cel: _____

Na qualidade de Dependente ou Representante Legal do Dependente do ex-segurado do Regime Próprio de Previdência de São José do Calçado/ES,

REQUER:

() Pensão por morte () Reativação de Pensão por morte () Revisão de Pensão por morte

Motivo da Revisão/Reativação: _____

DEPENDENTES

Nome	CPF	Data de Nascimento	Parentesco	Estado Civil	Inválido S/N

DADOS DO(A) EX-SEGURADO(A)

() servidor ativo	() servidor inativo
Data do óbito: ____/____/____	
Nome: _____	
CPF: _____	RG: _____
Matrícula: _____	Cargo: _____
Carreira: _____	

São José do Calçado/ES, _____ de _____ de _____.

REQUERENTE

Rua Francisco Vieira de Rezende, centro, São José do Calçado/ES CEP: 29470-000 ☎ (28)3556-1700

www.ipesc.com.br ipesc.sjc@bol.com.br

Taxa de Administração CNPJ nº 05.271.924/0001-46

Fundo Financeiro CNPJ nº 28.674.423/0001-06

Fundo Previdenciário CNPJ nº 28.674.433/0001-41