



ESTADO DE SANTA CATARINA  
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA  
DIRETORIA DE PREVIDÊNCIA  
GERÊNCIA DE PENSÕES

REQUERIMENTO DE PENSÃO PREVIDENCIÁRIA

**Ex-Segurado**

Nome	Matricula – d.v. – vínculo - -	Cargo
Nome Social		
Órgão de Origem / Quadro Base AI (AL / TJ / TC / MP)	Sexo	CPF
Salário Contribuição (AL / TJ / TC / MP) R\$	Data de nascimento	Data do óbito
Endereço: Logradouro, número	Bairro - Município -	
CEP	Tipo de Imóvel	Tempo no Imóvel

**Dependente requerente**

Nome			
Nome Social			
Data de nascimento	Grau de parentesco	Sexo	
CPF	Doc. de Identidade	Órgão emissor / UF /	Optante pelo SC-Saúde? <input type="checkbox"/> <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b>
Nome da mãe		Nome do pai	

**Endereço**

Logradouro, número		Complemento
Bairro	Município - UF -	CEP
Tipo de Imóvel	Tempo no Imóvel	
Telefone ( ) -	Telefone celular ( ) -	Email
Endereço alternativo (Logradouro – Bairro - CEP)		Email alternativo

**Conta corrente para recebimento**

Banco <b>BANCO DO BRASIL</b>	Agência -	Número da conta -
---------------------------------	--------------	----------------------

**Estrangeiro**

Nacionalidade	Data de naturalização	Ano de chegada	Situação estrangeira
---------------	-----------------------	----------------	----------------------

**Representante legal**

Tutor     Curador     Procurador     Responsável

Nome	CPF	Doc. de Identidade
------	-----	--------------------



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA  
DIRETORIA DE PREVIDÊNCIA  
GERÊNCIA DE PENSÕES**

Logradouro, número		Complemento	Bairro
CEP	Município - UF -	Telefone ( ) -	Email

**TERMO DE COMPROMISSO**

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras, e assumo a inteira responsabilidade pelas mesmas. Afirmando estar ciente de que qualquer omissão de informação ou apresentação de declaração, dados ou documentos falsos e/ou divergentes a fim de prejudicar ou alterar a verdade sobre os fatos por mim alegados constitui crime de falsidade ideológica, previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro.

**Requerente ou representante legal**

Data	Assinatura
------	------------

**Servidor atendente**

Data	Nome do(a) servidor(a)	Matrícula - d.v. - vínculo - -	Assinatura
------	------------------------	-----------------------------------	------------