**REQUERIMENTO DE PENSÃO PREVIDENCIÁRIA**

**Ex-Segurado**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome | Matrícula – 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 |

**Dependente requerente**

|  |
| --- |
| Nome |
| Data de nascimento | Grau de parentesco | Sexo |
| CPF | Doc. de Identidade | Órgão emissor / UF**/** | Optante pelo SC-Saúde?[ ]  **SIM** [ ]  **NÃO** |
| Nome da mãe | Nome do pai |

**Endereço**

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

**Conta corrente para recebimento**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Banco**BANCO DO BRASIL** | 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 |
| Logradouro, número | Complemento | Bairro |
| CEP | Município - UF**-** | Telefone**(  )      -** | Email |

**Requerente ou representante legal**

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Assinatura |

**Servidor atendente**

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

Formulário revisado em agosto/2021