**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