



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

Dependente requerente

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

Endereço

Logradouro, número		Complemento	
Bairro	Município - UF -	CEP	
Telefone () -	Telefone celular () -	Email	
Endereço alternativo (Logradouro – Bairro - CEP)		Email alternativo	

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



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
		- -	