

PENSÃO POR MORTE

DADOS PESSOAIS DO BENEFICIÁRIO

NOME DO INTERESSADO / REQUERENTE:

RG:

CPF:

PARENTESCO:

NOME INTERESSADO:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

Nº

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

DADOS PESSOAIS DO SERVIDOR FALECIDO

NOME DO SERVIDOR:

ENDEREÇO:

Nº:

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

CARGO/FUNÇÃO:

LOTAÇÃO (SECRETARIA DE ORIGEM):

ADMISSÃO:

MATRÍCULA:

REQUERÃO

PRESIDENTE DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE SOLONÓPOLE

OBJETIVO DE REQUERIMENTO

Pensão por Morte

Assinatura Requerente:

Data: