

Requerimento de Pensão Por Morte

1 - Requerente: _____

2 - CPF: _____ RG: _____

3 - Endereço: _____

4 - Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

5 - Telefone: _____ Celular: _____

REPRESENTANTE LEGAL: () SIM () NÃO

6 - Nome: _____

7 - Condição: () Tutor () Curador () Procurador () Representante

8 - CPF: _____ RG: _____ Telefone: _____

9 - Endereço: _____

10 - Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Na qualidade de Dependente ou Representante Legal do Dependente do ex-segurado do Regime Próprio de Previdência de Cariacica, REQUER:

11. () Pensão por morte

13. () Reativação de Pensão por morte

12. () Revisão de Pensão por morte

14. Motivo da Revisão/Reativação: _____

15 - DEPENDENTES

Nome	CPF	Data de Nascimento	Parentesco	Estado Civil	Inválido S/N

16- DADOS DO(A) EX-SEGURADO(A)

1 - EX - SEGURADO (a): _____

2 - CPF: _____ RG: _____

3 - MATRICULA: _____ CARGO: _____

4 - DATA DO ÓBITO: ____/____/____

Cariacica, ____/____/____

Assinatura do (a) Requerente/Representante Legal