

REQUERIMENTO DE PENSÃO POR MORTE PARA DEPENDENTE(S) DE SEGURADO (A) APOSENTADO(A)

**Informações do(a) Segurado(a) Falecido(a)**

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de Benefício: |  |
| Data do Óbito: |  |
| Nome do(a) segurado(a) : |  |
| Data de Nascimento: |  |
| Quantidade de dependente(s): |  |

**Informações do(s) Dependente(s) Recebedor(es) Titular(es) do Benefício de Pensão**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **01** | Nome: |  |
| Nome da Mãe: | |  |
| Data de Nascimento: | |  |
| Carteira de identidade: | |  |
| CPF: | |  |
| Endereço: | |  |
| Cidade: | |  |
| Estado Civil: | |  |
| Vínculo com o(a) segurado(a): | |  |
| Contato: | |  |
| Fundamentação legal da Pensão: | | **Art. 40, § 7º, da CF/1988 e no art.5°, I; art. 26, I; art.28, I e do art. 47, § 1°, II da Lei PM/Nº 3440, de 05/02/2025.** |

Santa Vitória/MG, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2025.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REQUERENTE / DEPENDENTE