



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
IPREM



CERTIDÃO NEGATIVA DE BENEFICIÁRIOS DE PENSÃO

1- IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO

Nome: _____

Endereço: _____ nº _____ casa/apto _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Est. _____

CEP: _____ Telefone: _____

Email (em letra de forma): _____

Grau de Parentesco com o(a) Ex-Segurado(a) _____

2- REQUERIMENTO AO DIRETOR DA DIVISÃO DE RELACIONAMENTO INSTITUCIONAL

Orientações de preenchimento:

Em caso de servidor falecido, preencher **todos** os campos

Para os demais casos, preencher somente a partir do campo **Finalidade**

Sr(a). Diretor(a) :

Em razão do falecimento do (a) Sr(a) _____

R.F. nº _____ Ex-Segurado(a) deste Instituto, requero a V.Sa., a expedição de **CERTIDÃO NEGATIVA DE BENEFICIÁRIOS DE PENSÃO.**

Finalidade: Habilitação ao recebimento de: _____

- 1- Declaro, sob as penas da Lei, (Lei 6.858/80e Dec.85.845/81) ser verdadeira a finalidade da solicitação acima.
- 2- Que recolherei as custas do presente pedido. **Nota:** No caso do pedido ser efetuado através de **Procurador, os dados do campo do interessado deverão ser preenchidos com os dados do REQUERENTE, e não do Procurador, o qual deverá anexar instrumento legal de Procuração.**

Pedido feito através de Procurador/Curador

Aos _____/_____/_____

Assinatura

