

A - IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADO FALECIDO

Nome Completo do Segurado:	Data do Óbito (certidão obrigatória para preenchimento) ____ / ____ / ____
Nome da mãe do segurado:	Data de Nascimento do Segurado: ____ / ____ / ____
Órgão de Origem:	CPF:

B - INFORMAÇÕES DO SEGURADO FALECIDO

Possui contribuição de:	<input type="checkbox"/> Pecúlio	<input type="checkbox"/> Seguro Coletivo	<input type="checkbox"/> Seguro Cônjuge
Estado civil do segurado na data do óbito:	_____		
Data do casamento:	____ / ____ / ____		
Regime de casamento do segurado:	_____		
Idade dos cônjuges na data do óbito:	Marido: _____	Mulher: _____	
Causa da Morte:	_____ _____ _____		
No demonstrativo de pagamento consta desconto de pensão alimento?	<input type="checkbox"/> Sim, orientar <input type="checkbox"/> Não		
Filhos Vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Filhos Falecidos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Pais Vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Avós Vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Irmãos Vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Possui Companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Nome Companheiro(a):	_____		

C - IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome:	CPF:	
Endereço:	Nº:	
Bairro:	Cidade:	UF:
CEP:	Telefone Residencial com DDD: (____) _____	Telefone Celular com DDD: (____) _____
E-mail:	_____	

ATENÇÃO

Mais informações, consulte o site do IPSEMG, www.ipsemg.mg.gov.br ou entre em contato gratuitamente no telefone fixo 155 (se residente em Minas Gerais) ou, se não, para (31)3069-6601 (tarifado para outros Estados)

MISSÃO DA DIRETORIA DE PREVIDÊNCIA

"Garantir a concessão e manutenção dos benefícios a segurados e dependentes em caso de ocorrência de morte e demais eventos previdenciários tendo como princípios o acesso ao atendimento e a sustentabilidade financeira e atuarial."