

É obrigatória a apresentação deste formulário somente dentro do mês de aniversário

NÚMERO DA PENSÃO:

(Q1) Dados do pensionista – Preencha todas as informações solicitadas abaixo

NOME COMPLETO DO PENSIONISTA:					
ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO	GRAU DE PARENTESCO	CPF	RG	UF
RUA, AV, PRAÇA, ALAMEDA, ETC			Nº	COMPLEMENTO	
BAIRRO		MUNICÍPIO		UF	CEP
DDD	TELEFONE	DDD	CELULAR	E-MAIL:	

(Q2) Dependentes legais – preencher com os dados dos filhos menores de 18 anos que recebem pensão

NOME COMPLETO DO PENSIONISTA:	DATA DE NASCIMENTO	CPF	Possui companheiro? (a) () SIM () NÃO
NOME COMPLETO DO PENSIONISTA:	DATA DE NASCIMENTO	CPF	Possui companheiro? (a) () SIM () NÃO
NOME COMPLETO DO PENSIONISTA:	DATA DE NASCIMENTO	CPF	Possui companheiro? (a) () SIM () NÃO

(Q3) DECLARAÇÃO - marque com X uma das opções no item I e preencha, se for o caso. Formulário sem marcação será devolvido

Eu, pensionista do IPREM, declaro sob as penas da lei, o que segue:

I. Possuo companheiro (a) () Não () Sim . Se sim, com quem? _____ Quanto tempo? _____

II - Declaro ainda ter conhecimento de que a prestação de informações falsas e o recebimento de benefícios de modo indevido configuram, em tese, CRIMES com previsão no CÓDIGO PENAL, a seguir transcritos: Falsidade ideológica - Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena- reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular. Estelionato - Art. 171 - Obter, para si ou para outrem, vantagem ilícita, em prejuízo alheio, induzindo ou mantendo alguém em erro, mediante artifício, ardil, ou qualquer outro meio fraudulento: Pena- reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa.

III - Estou ciente de que o IPREM poderá, por todos os meios em direito admitidos, buscar conferir a verdade das declarações aqui prestadas, inclusive com remessa de dados ao Ministério Público para apurar a prática de eventuais crimes contra a administração pública.

Local e data:
_____, _____, de _____ de _____.

Assinatura ou impressão digital do polegar direito

ATENÇÃO: OBRIGATÓRIO ASSINAR NA PRESENÇA DO OFICIAL DO CARTÓRIO OU DO SERVIDOR DO IPREM-SP

(Q4) Dados do responsável ou representante

Responsável Legal - Tutor, Guardião, Curador ou Genitor

Responsável ou declarante por doença do pensionista. (internação hospitalar)

Responsável ou declarante por motivo de reclusão do pensionista.

Procurador do pensionista. (com procuração outorgada acompanhada de laudo médico, com CID, emitido nos últimos 30 dias)

NOME COMPLETO DO RESPONSÁVEL:					
GRAU DE PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	CPF	RG	UF	
E-MAIL		DDD	TELEFONE	DDD	CELULAR

Protocolo de entrega (uso exclusivo do IPREM)

NOME COMPLETO DO PENSIONISTA:		
ATENDENTE – CARIMBO / ASSINATURA / RF	DATA	UNIDADE - IPREM