



ESTADO DO ACRE  
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO ESTADO DO ACRE

REQUERIMENTO DE AUXÍLIO FUNERAL			
DADOS DO(A) SERVIDOR(A)			
Nome:			
CPF:		RG:	
Data de Nascimento:		Sexo:	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Endereço:		Número:	
Complemento:		Bairro:	
Município:		UF:	
E-mail:		Telefone:	
Nome do Órgão:		Setor:	
Cargo:		Matrícula:	
Situação do Servidor na Data do Óbito:	<input type="checkbox"/> ATIVO <input type="checkbox"/> INATIVO	Data do Óbito:	
DADOS DO(A) REQUERENTE			
Nome do Requerente:			
Nome do Pai:			
Nome da Mãe:			
Grau de Parentesco:			
Endereço:		Número:	
Complemento:		Bairro:	
Município:		UF:	
Telefone(s):			
Banco:			
Agência:		Conta Corrente:	
Detalhamento:			

Nestes termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Requerente

\_\_\_\_\_  
Local

\_\_\_\_\_  
Data