



ESTADO DO ACRE
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO ESTADO DO ACRE

REQUERIMENTO DE PENSÃO							
DADOS DO(A) REQUERENTE							
Nome:							
Data de Nascimento:		Estado Civil:					
CPF:		R.G.:					
Naturalidade:		E-mail:					
Endereço Completo:							
Ponto de Ref.:							
CEP:		Telefones:					
TIPO DE BENEFICIÁRIO							
Categoria:	<input type="radio"/> Cônjuge	<input type="radio"/> Cônjuge divorciado	<input type="radio"/> Companheiro	<input type="radio"/> Filho menor	<input type="radio"/> Filho Maior inválido	<input type="radio"/> Dependente econômico	<input type="radio"/> Outros
Observações:							
BENEFICIÁRIOS / DEPENDENTES							
Nome	Data de Nasc.	Parentesco / Vínculo	Sexo	Estado Civil	RG	CPF	
DADOS DO (A) SEGURADO(A) FALECIDO (A)							
Nome:							
Órgão de Origem:						<input type="radio"/> OATIVO	<input type="radio"/> OINATIVO
Data de Óbito:		Matrícula:					
CPF:		RG:					
TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE							
<p><i>*Pelo presente Termo de Responsabilidade, comprometo-me a comunicar ao Acreprevidência qualquer evento que possa anular a presente solicitação, no prazo de 30 dias, a contar da data que o mesmo ocorra, principalmente, o óbito do segurado, dependente e pensionista, mediante apresentação do respectivo documento. Estou ciente que o descumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar a devolução de importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á às penalidades previstas nos Arts. 171 e 299, ambos do Código Penal.</i></p> <p style="text-align: center;">_____, _____ de _____ de 2024</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;"><i>Assinatura</i></p>							
<p>* ATENÇÃO: Caso o benefício seja concedido, o beneficiário fica ciente de que deve fazer recadastramento anual obrigatório, no mês do seu natalício, sob pena de suspensão do benefício, conforme art. 1º da Lei nº 2438 de 22 de julho de 2011.</p>							