



## REQUERIMENTO DO BENEFÍCIO DE COMPLEMENTAÇÃO/SUPLEMENTAÇÃO DE PENSÃO

Ilmº Sr.

Diretor de Seguridade da DERMINAS

\_\_\_\_\_, abaixo assinado,  
beneficiário do ex-associado \_\_\_\_\_,  
matrícula/MASP \_\_\_\_\_, falecido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, requer  
de V. Sa. o benefício previsto no Capítulo III do Regulamento PB/2000 que julga ter direito.

O requerente declara, expressamente que:

- ( ) não era separado judicialmente ou de fato do ex-associado;
- ( ) possui filho menor de 21 (vinte e um) anos sob sua dependência econômica;
- ( ) possui filho maior de 21 (vinte e um) anos inválido;
- ( ) está ciente de que para a manutenção do pagamento de seu benefício, deverá se recadastrar anualmente, no mês de seu aniversário;
- ( ) não exerceu, nos últimos 5 (cinco) anos, nenhum dos cargos ou funções a que se refere a INSTRUÇÃO MPS/SPC nº 26, de 01/09/2008, e não tem conhecimento de que nenhum dos seus familiares, representantes ou pessoas do seu relacionamento próximo os tenha exercido, razão pela qual **NÃO SE ENQUADRA COMO PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA**;
- ( ) **É PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA**, uma vez que a sua situação enquadra-se no disposto na INSTRUÇÃO MPS/SPC nº 26, de 01/09/2008.

Nestes termos,

Pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Beneficiário

Carteira de Identidade:

CPF:

Mantenha seu cadastro atualizado.