
(Nome completo do pensionista)

CPF nº _____, processo de pensão nº _____

matrícula IPSEMG nº _____, telefone residencial para contato _____

na presença de _____
(Nome completo e CPF da 1ª testemunha)

(Nome completo e CPF da 2ª testemunha)

sob pena de responsabilização administrativa, civil e penal, declara que reside na: _____

(Nome da Rua/Avenida, nº e bairro)

(Cidade, unidade da federação, País e CEP)

(Dia, mês e ano)

Assinatura do pensionista ou representante legal (que deverá informar seu nome de forma legível e CPF)

**Apenas a assinatura do pensionista deverá estar com firma registrada em cartório,
não sendo admitido o reconhecimento da firma por semelhança.**

Assinatura da 1ª testemunha

Assinatura da 2ª testemunha

CPF da 1ª testemunha

CPF da 2ª testemunha

O IPSEMG se reserva no direito de confirmar posteriormente as informações por meio de visita domiciliar.

MISSÃO DA DIRETORIA DE PREVIDÊNCIA

"Conceder e pagar benefícios, em valores corretos e a quem tem direito, garantindo a confiabilidade das informações cadastrais, bem como gerir o FUNPEMG de forma a constituir sólida reserva de recursos que garanta o pagamento de seus compromissos futuros".