Estado do Rio de Janeiro
Município de Angra dos Reis
Instituto de Previdência Social do Município de Angra dos Reis – ANGRAPREV
Diretoria de Benefícios

ANGRAPREV
Proc. nº 20240067707
Folha 03
Assinatura

REQUERIMENTO DE PENSÃO POR MORTE

Ilma. Sra. Diretora Presidente do Instituto de Previdência Social do Município de Angra dos Reis.

Nome: Lercinda Braz do Nascimento

Raça: branca **Nacionalidade:** brasileira **Estado Civil:** Viúva

CPF: [redacted] 779.507-[redacted] **Data de Nascimento:** 14 / 06 / [redacted]

Endereço: [redacted]

Número: [redacted] **Complemento:** CASA **Bairro:** Abraão

CEP: [redacted] **Município/UF:** Angra dos Reis

Telefone: (____) _____ **Celular:** ([redacted]

E-mail: _____

Vem, respeitosamente, na qualidade de esposa do(a) ex-servidor(a) Natanael Ramos do Nascimento Braz,

Matrícula: 50000204, falecido(a) em 31/01/24, REQUERER a concessão de pensão por morte, com fundamento na Lei Complementar 014/2021.

TERMO DE COMPROMISSO

☒ **Declaro** que as informações acima prestadas, são verdadeiras e assumo a inteira responsabilidade por elas, bem como, que estou ciente que deverei apresentar ao Instituto qualquer atualização dos meus dados cadastrais.

☒ **Autorizo** a utilização dos meus dados pessoais para a finalidade específica desta declaração, conforme previsto na LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados.

Angra dos Reis, 21 de Fevereiro de 2024.

Lercinda B. do Nascimento

Assinatura