



IPISM

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Rua Paraíba, 576 - Funcionários - Fone 3269-2000 – FAX 3269-2002 – C..Postal 1605 - CEP 30130 -140 - Belo Horizonte/MG

Site: www.ipism.mg.gov.br - e-mail: ipism@ipism.gov.br

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTOS MENSAIS

Pensionista:	Matrícula:
--------------	------------

Visando agilizar a liberação do Pecúlio, que me é devido por direito, autorizo o IPISM a proceder os descontos mensais, na minha pensão, referentes aos débitos deixados pelo ex-segurado:

matrícula n.º _____, falecido em _____, e pelos seus dependentes, que deixarem de ser computados, quando do pagamento do Pecúlio, autorizando ainda, que sejam lançados como assistência complementar.

Assumo a responsabilidade, e comprometo-me a quitá-los integralmente conforme o disposto no Plano de Assistência à Saúde da PMMG/CBMMG/IPISM.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura da Pensionista ou Representante Legal

Testemunhas: _____
