



REQUERIMENTO DE BENEFÍCIOS

MILITARES, DEPENDENTES E PENSIONISTAS

NUP _____ / _____

NOME DO INSPECIONADO _____

Nº DA IDENT.: _____ CPF _____

DATA DE NASCIMENTO _____ SARAM _____

COM VINCULADA _____

() MILITAR () PENSIONISTA () DEPENDENTE

E-MAIL: _____ TELEFONE:() _____

RESERVA / PENSIONISTA EM: _____ / _____ / _____

RESPONSÁVEL (EM CASO DE DEPENDENTES)

NOME DO RESPONSÁVEL _____

POSTO/GRADUAÇÃO _____ PARENTESCO _____

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

- () ASSISTÊNCIA PRÉ-ESCOLAR – PRORROGAÇÃO
- () AUXÍLIO INVALIDEZ
- () HABILITAÇÃO A PENSÃO () MILITAR () CIVIL
- () INCLUSÃO DE DEPENDENTE PORTADOR DE INVALIDEZ
- () INSPEÇÃO DE SAÚDE EM GRAU DE RECURSO
- () ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA
- () MELHORIA DE PENSÃO
- () MELHORIA DE REFORMA COM PROVENTOS DE GRAU HIERÁRQUICO SUPERIOR
- () MOVIMENTAÇÃO POR MOTIVO DE SAÚDE () MILITAR () DEPENDENTE
- () REVISÃO DE PARECER
- () OUTROS : _____

LOCAL _____ DATA ____ / ____ / ____

**Autorizo a tramitação eletrônica dos meus dados pessoais, pelos meios de Gerencia
Documentos utilizados no COMAER.**

ASSINATURA DO REQUERENTE / RESPONSÁVEL