

AO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE MARÍLIA - IPREMM

Eu _____, brasileiro(a), inscrito(a) no CPF sob nº: _____, portador da Cédula de Identidade RG: _____, residente e domiciliado em: _____, nº: ____ na cidade de: _____, CEP: _____, telefone () _____-_____, solicita o pagamento do saldo residual dos proventos do beneficiário(a) falecido(a), nome: _____, CONFORME ALVARÁ EM ANEXO.

Conta Corrente: _____

Agência: _____

Banco: _____

Marília, ____ de _____ de 20__.

Nestes Termos,
Peço Deferimento.

(assinatura do requerente)