



REQUERIMENTO DE CERTIDÃO NEGATIVA  
DE DEPENDENTES DO EX-MILITAR



Diretoria de Benefícios Militares - DBM

Nome do Requerente		
CPF	RG	
Endereço (Rua / Av / N°)		
Complemento	Bairro	CEP
Cidade		Estado
Telefone (DDD / Número)	Celular (DDD / Número)	E-mail

Vem requerer uma CERTIDÃO NEGATIVA DE DEPENDENTES DO EX-MILITAR:

Nome do Ex-Militar		Nº Benefício
Data do Óbito	Cargo	
Secretaria		Estado Civil quando Vivo

Para fins de:

Apresentação junto à
Para receber

Obs.: Se o ex-militar deixou filhos, informar o nome, sexo, estado civil e data de nascimento, anexando cópia:

Certidão de Óbito    Demonstrativo de Pagamento    RG    CPF

	Nome(s) do(s) Filhos (as)	Sexo M/F	Estado Civil	Data de Nascimento
1				
2				
3				
4				
5				

Local	Data	Assinatura
-------	------	------------