

DADOS DO SERVIDOR /APOSENTADO

## CADASTRO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Nome:				
Situação Funcional:		CPF:	N	Matricula SIAPE:
DADOS DO BENEFIC	IÁRIO DE P.A.	(ou Represei	ntante Lega	a <i>l)</i>
CPF:				
Nome:				
Data Nascimento: / /				
RG:	UF:	Data de Emissão:	/ / Ć	Órgão Expedidor:
<i>ENDEREÇO</i>				
Logradouro:				Número:
Complemento:		Bairro:		
Município:		País:	UF:	CEP:
DDD: ( ) Telefone(s):		Celular:		
E-mail:				
DADOS BANCÁRIOS				
BANCO – Código:	Nome do Banco:			
AGÊNCIA – Código:	Nome da Agência:			
Tipo de Conta:	Número da Conta:			
DADOS DO ALIMENTADO				
Nome:				
Vinculação Jurídica:		Data Nascimen	to: / /	
Incide sobre o Auxílio Pré-Escolar: ( )sim ( )não		Incide sobre o S	Salário Família: (	)sim ( )não
ANEXAR XEROX: CPF, F	RG (identidade),	CERTIDÃO DE	NASCIMENT	O DO ALIMENTADO
Observações:				
Declaro, sob as penas da Lei, q	ue os dados informa	dos neste formulário	correspondem	à expressão da verdade.
	, em de	de 20	)	
Local e Data				
Assinatura do Beneficiário				