



**PENSÃO  
ALIMENTÍCIA**

**Prefeitura Municipal de Angra dos Reis  
Superintendência de Gestão de Pessoas**

**PENSÃO ALIMENTÍCIA**

**DADOS DO SERVIDOR:**

**MATRICULA:**  **NOME:**   
**CARGO EFETIVO:**  **DOTAÇÃO:**   
**TEL/CEL/RAMAL:**     **ADMISSÃO:**

**DADOS DO BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

**CPF:**  **NOME:**   
**RG:**  **UF:**  **EMIÇÃO:**  **ÓRGÃO:**   
**NASCIMENTO:**  **TEL/CEL:**

ENDEREÇO

**LOGRADOURO:**  **Nº:**   
**COMPLEMENTO:**  **BAIRRO:**   
**MUNICÍPIO:**  **UF:**  **CEP:**   
**E-MAIL:**

DADOS BANCÁRIOS: 237 – BRADESCO

**Nº DA AGÊNCIA:**  |   
**LOCAL DA AGENCIA:**   
**Nº DA CONTA CORRENTE:**  |

DADOS DO ALIMENTADO

**NOME:**   
**PARENTESCO:**  **NASCIMENTO:**

**ANEXAR XEROX: CPF, RG (IDENTIDADE), CERTIDÃO DE NASCIMENTO DO ALIMENTADO, OFICIO JUDICIAL.**

**Declaro, sob as penas da lei, que os dados informados neste formulário correspondem a expressão da verdade.**

Angra dos Reis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) Beneficiário(a) ou Servidor(a)