



**PENSÃO
ALIMENTÍCIA**

**SAAE
Recursos Humanos**

PENSÃO ALIMENTÍCIA

DADOS DO SERVIDOR:

MATRICULA: **NOME:**
CARGO EFETIVO: **SIGLA/GRATIF:**
TEL/CEL/RAMAL:
DEPARTAMENTO:

DADOS DO BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL:

CPF: **NOME:**
RG: **UF:** **EMISSÃO:** **ÓRGÃO:**
NASCIMENTO: **TEL/CEL:**
LOGRADOURO: **Nº:**
COMPLEMENTO: **BAIRRO:**
MUNICÍPIO: **UF:** **CEP:**
E-MAIL:

DADOS DO ALIMENTADO:

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

DADOS BANCÁRIOS: 237 – BRADESCO

Nº DA AGENCIA: **Nº DA CONTA:**
LOCAL DA AGENCIA:

**ANEXAR XEROX: CPF, RG (IDENTIDADE), CERTIDÃO DE NASCIMENTO DO ALIMENTADO,
OFÍCIO 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)