



**PENSÃO
ALIMENTÍCIA**

**Prefeitura Municipal de Angra dos Reis
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: 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)