



### PENSÃO ALIMENTÍCIA VOLUNTÁRIA

NOME:		MATRÍCULA SIAPE:
ENDEREÇO:		
CIDADE:	CEP:	FONE:
DEPARTAMENTO / UNIDADE (LOTAÇÃO):	SITUAÇÃO: Ativo ( ) Aposentado ( ) Pensionista ( )	
<b>ILMO (A) SR (A) SUPERINTENDENTE DA SUGEP</b> O servidor acima mencionado vem requerer junto a esta superintendência que seja consignado em folha de pagamento o desconto de pensão alimentícia voluntária, de acordo com art. 4º do Decreto nº 2.784/98, alterado pelos Decretos nº 3.297/99 e 4.961/04, e a Portaria Normativa nº 01-SRH/98, conforme dados abaixo:		
<b>DADOS DO (A) BENEFICIÁRIO (A) / RESPONSÁVEL:</b> Nome: _____ Grau de parentesco: _____ CPF: _____ RG Nº: _____ Endereço: _____ _____ Telefone: _____ Banco / Agência / Conta Corrente: _____		
<b>BENEFICIÁRIOS:</b> Nome: _____ Grau de parentesco: _____ Nome: _____ Grau de parentesco: _____ Nome: _____ Grau de parentesco: _____		
<b>DADOS DO BENEFÍCIO:</b> 1-( ) _____% dos vencimentos / proventos e vantagens, deduzidos os descontos obrigatórios com a previdência social e imposto de renda, ( ) inclusive ( ) exceto sobre o 13º salário e férias, a partir do mês de _____/_____ 2-( ) _____salário(s) mínimo, ( ) inclusive ( ) exceto sobre o 13º salário, a partir do mês de _____/_____		
<b>DE ACORDO DO (A) BENEFICIÁRIO (A) / RESPONSÁVEL:</b> _____ Assinatura do Beneficiário / Responsável		
Recife, _____ de _____ de _____		Assinatura do Servidor

#### OBSERVAÇÕES:

- 1- Anexar cópia do CPF e RG do responsável pelo benefício.
- 2- O beneficiário deverá constar como dependente nos assentamentos funcionais do servidor.