**REQUERIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA VOLUNTÁRIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME:** | | | **MATRÍCULA SIAPE:** |
| **ENDEREÇO:** | | | |
| **CIDADE:** | **CEP:** | **FONE:** | |
| **DEPARTAMENTO / UNIDADE (LOTAÇÃO):** | **SITUAÇÃO:**  **Ativo ( ) Aposentado ( ) Pensionista ( )** | | |
| **ILMO(A) SR(A) SUPERINTENDENTE DA SUGEP**  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: | | | |
| **DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO(A) / RESPONSÁVEL:**  Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Grau de parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RG Nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Banco / Agência / Conta Corrente: ­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **BENEFICIÁRIOS:**  Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Grau de parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Grau de parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Grau de parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **DADOS DO BENEFÍCIO:**  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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_  **DE ACORDO DO(A) BENEFICIÁRIO(A) / RESPONSÁVEL:**  **\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **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.