**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.