



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA FLUMINENSE

REQUERIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

<input type="checkbox"/> INCLUSÃO		<input type="checkbox"/> SUSPENSÃO		<input type="checkbox"/> REVISÃO/ALTERAÇÃO	
DADOS DO SERVIDOR					
1. NOME COMPLETO:					
2. MATRÍCULA SIAPE:			3. CPF:		
4. TELEFONE COM DDD:			5. CAMPUS:		
5. CARGO EFETIVO:			6. E-MAIL:		
DADOS DO BENEFÍCIO					
1. VALOR DO BENEFÍCIO:		<input type="checkbox"/> REMUNERAÇÃO BRUTA <input type="checkbox"/> REMUNERAÇÃO LÍQUIDA			
<input type="checkbox"/> PELO PERCENTUAL DE SALÁRIOS-MÍNIMOS		<input type="checkbox"/> POR RUBRICAS <input type="checkbox"/> PELO VALOR INFORMADO			
		INFORMADAS PARA BASE DE CÁLCULO			
2. PORCENTAGEM:		3. INCIDÊNCIA: <input type="checkbox"/> FÉRIAS <input type="checkbox"/> GRATIFICAÇÃO NATALINA			
DADOS DO AUTOR(A)/REPRESENTANTE LEGAL					
1. NOME COMPLETO:					
2. CPF:			3. DATA DE NASCIMENTO:		
4. RG:		5. UF:		7. EMISSÃO:	
6. ÓRGÃO EXPEDIDOR:					
8. ENDEREÇO:					
9. COMPLEMENTO:			10. BAIRRO:		
11. CIDADE:			12. ESTADO:		
13. CEP:			14. TELEFONE:		
15. E-MAIL:					
17. DADOS BANCÁRIOS					
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE		<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE DEPÓSITO JUDICIAL	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA DEPÓSITO JUDICIAL					
BANCO:			CIDADE DO BANCO:		
AGÊNCIA:			CONTA:		
DADOS DO(S) ALIMENTANDO(S)					
1. NOME:					
2. DATA DE NASCIMENTO:			3. PARENTESCO:		
1. NOME:					
2. DATA DE NASCIMENTO:			3. PARENTESCO:		
1. NOME:					
2. DATA DE NASCIMENTO:			3. PARENTESCO:		

Declaro, sob as penas da lei, que as informações são verdadeiras e que responderei civil, penal e administrativamente em caso de declarações falsas.

_____ / ____ / ____ / _____

Assinatura do Servidor