



REQUERIMENTO DE CONSIGNAÇÃO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA VOLUNTÁRIA

IDENTIFICAÇÃO DO(A) REQUERENTE			
Nome:		Matrícula:	
Servidor ativo (Cargo: _____)		Aposentado	Pensionista
Lotação:	UF:	Telefones: /	
<p>VENHO REQUERER a consignação em minha Folha de Pagamento do desconto de Pensão Alimentícia Voluntária, de acordo com a legislação vigente, em favor do meu dependente informado abaixo:</p>			
IDENTIFICAÇÃO DO(A) BENEFICIÁRIO(A)			
Nome:		Data de Nasc.:	
Grau de Parentesco:	RG:	CPF:	
Endereço:		Bairro:	
Município:	UF:	CEP:	
Telefones: /			
IDENTIFICAÇÃO DO BENEFÍCIO			
<p>Autorizo o desconto mensal de R\$ _____ (_____ reais).</p> <p>Este desconto será reajustado juntamente com a remuneração do servidor? Sim Não</p>			
CONTA BANCÁRIA PARA CRÉDITO DO BENEFÍCIO			
Banco:	Agência:	Conta Corrente:	
Titular da conta:	Beneficiário	Representante Legal:	
Representante Legal:		CPF:	
Local e Data		Assinatura do(a) Requerente	
DE ACORDO:			
Local e Data		Assinatura do(a) Beneficiário / Representante Legal	
DOCUMENTOS QUE DEVEM SER ANEXADOS			
<p>a) Cópia autenticada do RG, CPF e Comprovante de conta bancária do(s) beneficiário(s) e/ou representante(s);</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O(s) beneficiário(s) deverá(ão) constar como dependente(s) nos assentamentos funcionais do requerente; • Deverá ser utilizado 01(um) formulário para cada beneficiário de Pensão Alimentícia Voluntária; • A soma mensal das consignações facultativas de cada consignado não excederá a 30% (trinta por cento) da respectiva remuneração, excluído do cálculo o valor pago a título de contribuição para serviços de saúde patrocinados por órgãos ou entidades públicas, na forma prevista nos incisos I e II do art. 4º do Decreto nº 6.386/08. 			