


| | | |
|---|--|---------------------|
|  | UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas | PENSÃO CIVIL |
|---|--|---------------------|

À Diretoria de Gestão de Pessoas/Progep:

Requer o pagamento da pensão de que trata o art. 215 da Lei nº 8.112/90 e declara, sob pena prevista no art. 299 do Código Penal Brasileiro, que as informações prestadas a seguir são expressão da verdade.

| | | | | |
|--|---------------|--|-----------------------|--------------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO INSTITUIDOR: | | | | |
| NOME DO INSTITUIDOR: | | | MATRÍCULA: | |
| DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO(A): | | | | |
| CPF: | | NOME DO BENEFICIÁRIO: | | |
| NOME DA MÃE: | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO: | | SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | PARENTESCO: | |
| NÚMERO DO PROCESSO DA PENSÃO: | | DEPENDENTE IR: | ESTADO CIVIL: | |
| RAÇA/COR : () 1. BRANCA () 3. AMARELA () 4. PARDA () 5. INDÍGENA () 6. PRETA | | | | |
| DOCUMENTOS PESSOAIS: | | | | |
| CARTEIRA DE IDENTIDADE N°: | | ORGÃO EXPEDIDOR: | UF: | DATA DE EXPEDIÇÃO: |
| TÍTULO DE ELEITOR: | | UF: | ZONA: | SEÇÃO: |
| DATA DE EXPEDIÇÃO: | | | | |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL: | | | | |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL: | | | NÚMERO / COMPLEMENTO: | |
| BAIRRO: | | CEP: | MUNICÍPIO: | |
| UF: | CAIXA POSTAL: | TELEFONE: () | | CELULAR: () |
| ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail): | | | | |
| DADOS DA CONTA SALÁRIO: | | | | |
| NÚMERO DO BANCO: | | AGÊNCIA: | DV: | NOME DA AGÊNCIA: |
| NOME DO BANCO: | | NÚMERO DA CONTA SALÁRIO: | | DV: |
| DADOS DO PROCURADOR (se houver): | | | | |
| NOME: | | | CPF: | |
| CARTEIRA DE IDENTIDADE N°: | | ORGÃO EXPEDIDOR: | UF: | DATA DE EXPEDIÇÃO: |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL: | | | NÚMERO / COMPLEMENTO: | |
| BAIRRO: | | CEP: | MUNICÍPIO: | |
| ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail): | | | | |

TERMO DE RESPONSABILIDADE (válido SOMENTE para os casos em que há Procurador constituído):

() Pelo presente, comprometo-me à Ufes qualquer evento que possa anular a presente Procuração, no prazo de trinta dias, a contar da data que o mesmo ocorra, principalmente, o óbito do requerente, mediante apresentação da respectiva certidão.

() Estou ciente que o descumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar a devolução de importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á às penalidades previstas nos arts. 171 e 299, ambos do Código Penal.

_____ / _____ de _____ de _____. (Local e data)

Assinatura do requerente