

	<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO</b> Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas	<b>PENSÃO CIVIL</b>
---	--	---------------------

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.

<b>IDENTIFICAÇÃO DO INSTITUIDOR:</b>				
NOME DO INSTITUIDOR:			MATRÍCULA:	
<b>DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO(A):</b>				
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:	
<b>DOCUMENTOS PESSOAIS:</b>				
CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº:		ORGÃO EXPEDIDOR:	UF:	DATA DE EXPEDIÇÃO:
TÍTULO DE ELEITOR:		UF:	ZONA:	SEÇÃO:
DATA DE EXPEDIÇÃO:				
<b>ENDEREÇO RESIDENCIAL:</b>				
ENDEREÇO RESIDENCIAL:			NÚMERO / COMPLEMENTO:	
BAIRRO:		CEP:	MUNICÍPIO:	
UF:	CAIXA POSTAL:	TELEFONE: (    )		CELULAR: (    )
ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail):				
<b>DADOS DA CONTA SALÁRIO:</b>				
NÚMERO DO BANCO:		AGÊNCIA:	DV:	NOME DA AGÊNCIA:
NOME DO BANCO:		NÚMERO DA CONTA SALÁRIO:		DV:
<b>DADOS DO PROCURADOR (se houver):</b>				
NOME:			CPF:	
CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº:		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