



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Secretaria de Gestão de Pessoas (SEGESP)
Departamento de Administração
de Pessoal (DAP)
Coordenadoria de Pagamento de Pessoal (CPP)

Campus Prof. João David Ferreira Lima – CEP 88040-900
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | www.segesp.ufsc.br | +55 (48) 3721-9411

CADASTRO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

1. DADOS DO ALIMENTANTE (SERVIDOR)

Nome do Alimentante:

CPF: Matrícula SIAPE:

2. DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome do Beneficiário:

CPF:

N.º da Identidade (RG): Órgão Expedidor/UF:
Data da Emissão: ____ / ____ / ____

Endereço:
Número: Complemento:
Bairro: Município:
Estado: CEP:

Telefone(s) para Contato:

Nome do Banco: N.º da Conta Bancária:
N.º da Agência: Nome da Agência:
Tipo de Conta: () Corrente () Simplificada () Poupança

3. DADOS DO ALIMENTADO (A QUEM SE DESTINA)

3.1. DADOS DO PRIMEIRO ALIMENTADO (A QUEM SE DESTINA)

Nome do Alimentado:

CPF: Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

N.º da Identidade (RG): Órgão Expedidor/UF:
Data da Emissão: ____ / ____ / ____

3.2. DADOS DO SEGUNDO ALIMENTADO (A QUEM SE DESTINA)

Nome do Alimentado:	
CPF:	Data de Nascimento: ____ / ____ / ____
N.º da Identidade (RG):	Órgão Expedidor/UF:
Data da Emissão: ____ / ____ / ____	

3.3. DADOS DO TERCEIRO ALIMENTADO (A QUEM SE DESTINA)

Nome do Alimentado:	
CPF:	Data de Nascimento: ____ / ____ / ____
N.º da Identidade (RG):	Órgão Expedidor/UF:
Data da Emissão: ____ / ____ / ____	

3.4. DADOS DO QUARTO ALIMENTADO (A QUEM SE DESTINA)

Nome do Alimentado:	
CPF:	Data de Nascimento: ____ / ____ / ____
N.º da Identidade (RG):	Órgão Expedidor/UF:
Data da Emissão: ____ / ____ / ____	

NOTA: É OBRIGATÓRIO ANEXAR CÓPIA AUTENTICADA DO RG E CPF, OU APRESENTAR O ORIGINAL DOS MESMOS.

Florianópolis, ____ de _____ de 20____ .

Assinatura