

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO
MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE – PREVIMPA

**DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA DE EX-CÔNJUGE
DIVORCIADO, SEPARADO JUDICIALMENTE OU DE FATO OU DE
EX-COMPANHEIRO(A)**

DADOS PESSOAIS DO SEGURADO				
NOME COMPLETO DO SERVIDOR				
CPF	MATRÍCULA	VÍNCULO	ORGÃO DE ORIGEM	SERVIDOR <input type="checkbox"/> ATIVO <input type="checkbox"/> APOSENTADO
DADOS DE ENDEREÇO PESSOAL DO SEGURADO				
TIPO (Rua Av.)	LOGRADOURO (Nome da Rua, Avenida, etc.)		NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE		UF	CEP
TELEFONE	CELULAR	E-MAIL		
DADOS DO DEPENDENTE				
NOME COMPLETO DO DEPENDENTE			SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	
ENDEREÇO (se souber)				
RG (se souber)	CPF (se souber)	Telefone/Celular (se souber)	E-mail (se souber)	
<p>Declaro, sob as penas da lei, que a pensão alimentícia ora paga destina-se exclusivamente ao(à) ex-cônjuge/ex-companheiro acima identificado(a), no percentual de ____% sobre meus vencimentos/proventos ou no valor fixo de R\$ _____, não se estendendo a qualquer outro possível dependente .</p> <p>Local e data</p> <p>.....</p> <p>Assinatura do Segurado</p>				