

MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS
DIRETORIA-GERAL
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

TERMO DE DESIGNAÇÃO PARA PERCEPÇÃO DE PENSÃO

1	DADOS DO(A) MEMBRO / SERVIDOR(A)		
NOME:		MATRÍCULA:	
CARGO:		CLASSE:	PADRÃO:
SITUAÇÃO FUNCIONAL: <input type="checkbox"/> ATIVO <input type="checkbox"/> INATIVO			

2	DADOS DOS(AS) DESIGNADOS(AS)		
NOME:			
TIPO DE BENEFICIÁRIO:			DATA DE NASCIMENTO:
Nº DA IDENTIDADE:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	DATA EMISSÃO:	CPF:

NOME:			
TIPO DE BENEFICIÁRIO:			DATA DE NASCIMENTO:
Nº DA IDENTIDADE:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	DATA EMISSÃO:	CPF:

NOME:			
TIPO DE BENEFICIÁRIO:			DATA DE NASCIMENTO:
Nº DA IDENTIDADE:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	DATA EMISSÃO:	CPF:

NOME:			
TIPO DE BENEFICIÁRIO:			DATA DE NASCIMENTO:
Nº DA IDENTIDADE:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	DATA EMISSÃO:	CPF:

Vem designar os(as) beneficiários(as) acima discriminado(s), tendo em vista o disposto nos artigos 215 a 225, da Lei nº 8.112, de 11.12.90, bem como entendimento contido no parecer SAF/PR nº 264, publicado no DOU de 03.09.91, para percepção de pensão(ões) vitalícia(s) e/ou temporária(s), a que se refere(m) a(s) alínea(s) “c” e/ou “e”, do inciso I e/ou alínea “d”, do inciso II, do art. 217, da Lei supramencionada.

Declara, outrossim, sob as penas da Lei, que a(s) pessoa(s) designada(s) para pensão(ões) vitalícia(s), a que se refere a alínea “e”, do inciso I, e/ou da pensão(ões) temporária(s), a que se refere a alínea “d”, do inciso II, do art. supracitado, vive(m) sob sua dependência econômica e/ou é(são) portadora(s) de deficiência ou inválida(s).

_____ / ____ / _____
LOCAL DATA ASSINATURA MEMBRO / SERVIDOR(A)

3	AUTENTICAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS		
_____ / ____ / _____ LOCAL DATA ASSINATURA E CARIMBO DO CHEFE			