



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO - RBPREV

DECLARAÇÃO DE FILHO ENTEADO CREDOR DE ALIMENTOS

BENEFICIÁRIO					
NOME DO(A) BENEFICIÁRIO(A)				PARENTESCO	
DATA DE NASCIMENTO	CPF	SEXO <input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/> MASC	ESTADO CIVIL		
RG	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA EXPEDIÇÃO	INVÁLIDO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
ENDEREÇO (Rua, Avenida, Praça)		NÚMERO	COMPLEMENTO	CEP	
BAIRRO	MUNICÍPIO		UF	TELEFONE	
E-MAIL					
Para fins de pensão declara:					
<input type="checkbox"/> Não é beneficiário de outro regime previdenciário					
<input type="checkbox"/> Não recebe pensão alimentícia de mãe/pai					
<input type="checkbox"/> Dependia exclusivamente do(a) servidor(a) falecido(a)					
<input type="checkbox"/> É beneficiário de outro regime previdenciário: <input type="checkbox"/> INSS					
<input type="checkbox"/> Estado: _____					
<input type="checkbox"/> União					
Por fim, assume o compromisso de informar eventual desenquadramento do presente estado civil, estando ciente de que a falsidade na prestação desta informação o(a) sujeitará à penalidade prevista na legislação criminal, art. 299 do código penal.					
Rio Branco/Acre ____/____/____					
_____ Assinatura do(a) Beneficiário(a) ou Representante Legal					