

DADOS DO PARTICIPANTE

1- Nome do(a) Participante	2- Matrícula Ceres
----------------------------	--------------------

DADOS DO RECEBEDOR

3- Nome do(a) Recebedor (a)		
4- Data de nascimento	5- Nacionalidade	6- Naturalidade
7- Identidade	8- Órgão Expedidor	9- CPF
10- Cód. banco	11- Nome do Banco	12- Nª da agência
13- Email 1		14- Email 2
15- Assinatura do Recebedor, Local e Data		

REPRESENTANTE LOCAL

16-Conferi os dados cadastrais acima anexada cópia da sentença que homologou a Pensão Alimentícia. Declaro que meus dados estão atualizados no cadastro da Ceres. Carimbo data e Assinatura do Representante

Os Dados Pessoais indicados neste formulário serão utilizados pela CERES FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL, para atender a execução contratual prevista no regulamento do plano, bem como para cumprimento de obrigação legal ou regulatória, com respaldo no artigo 7º, incisos II e 8 V, da Lei Geral de Proteção de Dados de no 13.709 de 14/08/2018. Havendo dúvida quanto ao uso dos seus dados pessoais, encaminhar e-mail para o gecor@ceres.org.br.

GERÊNCIA DE BENEFÍCIOS (DADOS DA PENSÃO ALIMENTÍCIA)

17- Origem	18- N° do Ofício/Processo	19- Data da Homologação	20- N° de Dependentes
------------	---------------------------	-------------------------	-----------------------

BASE DE CÁLCULO

21- Rendimento Líquido	22- Outros	23- Visto (Data)
24- Rendimento Bruto	25- Percentual Determinado %	Assinatura do Responsável pela Informação