



GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO
DIRETORIA DO SISTEMA DE PAGAMENTO DE PESSOAL

**BOLETIM DE ALTERAÇÃO CADASTRAL E FINANCEIRA
PENSÃO ALIMENTÍCIA**

Nº 3

MÊS DE REFERÊNCIA

____/____

Órgão	Nome do Órgão
Matrícula	Nome do Servidor

Nome do(a) Pensionista		CPF
Sexo	Data Nascimento	Endereço
Bairro		Município
DADOS BANCÁRIOS DO PENSIONISTA		UF
Banco	Agência	Conta Corrente/ Poupança
Município		UF

<i>DESCRIÇÃO DA PENSÃO</i>	Código	CC	Tipo	Prazo	Quantidade	Valor

Encarregado de Setor	Coordenador	Triagem/SECAD		Digitação/SECAD
		Conferente	Coordenador	Digitação
Assinatura/Carimbo	Assinatura/Carimbo	Assinatura/Carimbo	Assinatura/Carimbo	Assinatura/Carimbo