



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 11ª REGIÃO
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS - SEÇÃO DE INATIVOS E PENSIONISTAS

RECADASTRAMENTO ANUAL OBRIGATÓRIO – PENSIONISTA - 2021

1) A atualização cadastral dar-se-á anualmente no período **de 04 de OUTUBRO até 05 de NOVEMBRO**, sendo **OBRIGATÓRIA**. O não comparecimento implicará na suspensão do pagamento do mês subsequente, conforme disposto no art. 9º da Lei 9527/97, e no art. 6º do Ato nº 179/2009-CSJT.GP.SE, publicado no DEJT em 29.10.2009.

2) Este formulário poderá ser devolvido até o 05 de NOVEMBRO, das seguintes formas (art. 4º, § 3º do Ato nº 179/2009-CSJT.GP.SE, com a redação dada pelo Acórdão nº CSJT-PP-3441-47.2012.5.90.0000, publicado no DEJT de 03/08/2012):

I – **pessoalmente** no local indicado pela Unidade de Gestão de Pessoas, ocasião em que o aposentado ou pensionista ou o seu procurador legalmente constituído apresentará documento oficial que contenha fotografia e assinará a ficha de cadastramento na presença de servidor lotado na unidade, o qual declarará que o interessado compareceu pessoalmente, entregando-lhe recibo;

II – **por envio postal ou e-mail (pessoal.inativos@trt11.jus.br)**, com reconhecimento de firma no registro notarial competente (RECONHECER ASSINATURA POR AUTENTICIDADE EM QUALQUER CARTÓRIO DO BRASIL OU CONSULADO/EMBAIXADA); e

III – **por meio eletrônico**, com assinatura eletrônica digital emitida por autoridade certificadora credenciada à Infra-Estrutura de Chaves Públicas Brasileiras (ICP-Brasil) ou cadastrada pela Unidade de Tecnologia da Informação do respectivo Tribunal.

Observações:

I - no caso de impossibilidade de locomoção ou acometimento de doença grave, **desde que comprovado por laudo médico** o qual será objeto de verificação por junta médica oficial, o cadastramento poderá ser feito através de representante legal.

II - O domiciliado fora da jurisdição do TRT 11 deverá encaminhar este formulário **via postal com reconhecimento de firma no registro notarial competente, POR AUTENTICIDADE**, ou na Embaixada/ Consulado brasileiro, se residente no Exterior. O domiciliado na jurisdição do TRT 11, mas fora do município de Manaus, poderá efetuá-lo na Vara do Trabalho mais próxima.

III) No ato do cadastramento, o aposentado ou pensionista deverá comprovar outra fonte de renda, se houver, paga pela Adm. Direta, Autárquica, Fundacional ou por Sociedade de Economia Mista, exceto pensão (Emenda Constitucional n. 41/2003).

IV) Pedimos que todos os aposentados e pensionistas informem e-mail pessoal para que a comunicação entre o TRT 11 e vossas senhorias ocorra de maneira célere e eficiente!

V) Para mantermos nossos bancos de dado atualizados, favor ANEXAR CÓPIA DO CPF DE DEPENDENTES CADASTRADOS NESTE TRIBUNAL, ao comparecer ao TRT 11 ou ao enviar o formulário de cadastramento.

VI) Caso haja ALTERAÇÕES NOS SEUS DADOS CADASTRAIS, favor preencher ITEM 7 com a letra cujo campo sofreu alteração!



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 11ª REGIÃO

FORMULARIO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL DE PENSIONISTA 2021

Local de entrega do formulário ou para envio via Correios: Seção de Inativos e Pensionistas
Tribunal Regional do Trabalho - Anexo Administrativo - Rua Tefé nº 930 - 2º andar, Praça 14 de Janeiro
CEP: 69010-140 - Manaus/AM - Telefone: 3627-2008.
E-mail: pessoal.inativos@trt11.jus.br

PERÍODO DE RECADASTRAMENTO: 04 DE OUTUBRO A 05 DE NOVEMBRO

ITEM 1 - IDENTIFICAÇÃO DO (A) PENSIONISTA

A) Nome do(a) Pensionista: _____
B) Nome do Instituidor (Falecido): _____ Data do Óbito: ____/____/____
Cargo exercido: () Magistrado () Técnico Judiciário () Analista Judiciário Tipo de pensão: () Temporária
() Vitalícia

ITEM 2 - DADOS PESSOAIS DO PENSIONISTA:

C) Estado Civil: _____ D) Sexo: () Masculino () Feminino E) Data de Nascimento: ____/____/____
F) Descrição do parentesco: _____ G) Nacionalidade: _____
H) Naturalidade: _____ I) UF: _____

ITEM 3 - DADOS RESIDENCIAIS DO PENSIONISTA:

J) Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: ____ CEP: _____ - _____
K) Telefone(s): _____ E-Mail: _____

ITEM 4 – DOCUMENTOS DO PENSIONISTA:

L) RG: _____ Data Expedição: ____/____/____ Órgão Expedição: _____ UF Expedição: _____
M) Título Eleitoral: _____ Zona: _____ Seção: _____
Município: _____ UF: _____ Data de Expedição: ____/____/____
N) CPF nº: _____

Para pensionistas
entre 18 e 70 anos.

ITEM 5 - DADOS BANCARIOS (em que recebe a Pensão):

O) Banco: _____ Nº Agência: _____ Nº Conta Bancária: _____
(Atenção: o recebimento do referido benefício por meio de **conta conjunta** infringe o disposto no art. 4º do Decreto nº 2.251/97,
combinado com o art. 10 da Lei nº 9.527/97).

ITEM 6 - REPRESENTANTE LEGAL:

P) Natureza: _____ E-MAIL: _____
Q) Nome: _____ CPF: _____
R) Validade Procuração: ____/____/____

ITEM 7 - ALTERACOES DOS DADOS CADASTRAIS:

Preencher, com letra legível, somente quando houver alguma alteração nos itens C, J, K, L, M, N e O (anexar cópias e declaração original de conta corrente individual emitida pelo banco). **INDICAR APENAS LETRAS CUJOS DADOS FORAM ALTERADOS:**

DECLARAÇÕES

1 - DECLARO, em atendimento ao disposto no art. 225 da Lei 8.112/90, que (marcar uma das alternativas abaixo):

a) () **não percebo** outro benefício de pensão civil por morte custeado pelo erário.

b) () **percebo**, a conta da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, além da pensão instituída pelo Tribunal Regional do Trabalho da 11ª Região, outro(s) benefício(s) da pensão civil por morte, **anexando** copia(s) atualizada(s) do(s) respectivo(s) comprovante(s) de renda.

2 - DECLARO que a conta bancária registrada no anverso, por intermédio da qual percebo meus proventos, e de natureza individual, estando ciente de que o recebimento do referido benefício por meio de conta conjunta infringe o disposto no art. 4 do Decreto n. 2.251/97, combinado com o art. 10 da Lei n. 9.527/97.

3 - DECLARO, por fim, serem verdadeiras as informações constantes do presente documento, comprometendo-me a comunicar ao Tribunal qualquer alteração ocorrida e apresentar documentos complementares solicitados pelo Setor de Inativos e Pensionistas, bem assim que tenho conhecimento de que constitui crime, previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro:

"Omitir, em documento publico ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante com pena de reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento e publico".

_____, ____/____/____ Assinatura do (a) **Pensionista** ou do (a)
Local Data Representante Legal

TERMO DE RESPONSABILIDADE

(para ser preenchido com os dados e assinatura do representante legal, se houver)

Nome do(a) Procurador(a): _____,
nascido(a) em ____/____/____, portador(a) do CPF nº _____, carteira de identidade nº _____,
expedida em ____/____/____, Órgão Expedidor _____, residente e
domiciliado(a) na(o) _____,
bairro _____, cidade _____ UF _____, CEP _____ - _____,
telefone (____) _____, detentor(a) de conta bancária nº _____, Agência nº _____,
do banco _____, na qualidade de representante legal do(a) aposentado(a)/pensionista
_____, firma, perante à União, o
compromisso de comunicar ao Tribunal Regional do Trabalho da 11ª Região, onde é mantida a referida
aposentadoria ou pensão, qualquer evento que venha cessar os efeitos da procuração anexa, principalmente o
óbito do(a) representado(a), no prazo máximo de trinta dias a contar da ocorrência.

Comprometo-me, ainda, na forma da lei, a não perceber qualquer importância que vier a ser creditada pela União em favor do(a) beneficiário(a) da aposentadoria ou pensão, após a cessação dos efeitos da procuração.

_____ de _____ de 20____.
(local) (dia) (mês) (ano)

assinatura do(a) procurador(a)

USO EXCLUSIVO DO (A) SERVIDOR (A) PERANTE O (A) QUAL SE DEU A ATUALIZACAO CADASTRAL

DECLARO, sob as penas da lei, que o(a) pensionista discriminado(a) neste formulário ou seu responsável legal esteve em minha presença, nesta data, apresentando o seguinte documento:

RG n. _____, Órgão Expedidor: _____, UF: ____ ou Carteira Funcional nº _____.

_____, ____/____/____ Assinatura do(a) **servidor(a)** ou **escrivão**
Local Data

Nome: _____

Cargo: _____ Lotação: _____