



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

RECADASTRAMENTO ANUAL OBRIGATÓRIO - PENSIONISTA

1) A atualização cadastral dar-se-á anualmente no período **de 02 de MARÇO até o primeiro dia útil de ABRIL**, 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 primeiro dia útil de abril, 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**, com reconhecimento de firma no registro notarial competente; 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. (G.n.).

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 Trabalhista mais próxima.

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



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

FORMULARIO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL DE PENSIONISTA

Horário de Atendimento: de 08:00 as 14:00.

Local de entrega do formulário: Seção de Pessoal - Inativos e Pensionistas

Fórum Trabalhista Ministro Mozart Victor Russomano - Rua Ferreira Pena nº 546 - 3º andar, Centro CEP: 69010-140 Manaus/AM Telefone: 3627-2008.

E-mail: pessoal.inativos@trt11.jus.br

PERÍODO DE RECADASTRAMENTO: 02 DE MARÇO A 03 DE ABRIL

ITEM 1: IDENTIFICAÇÃO DO(A) PENSIONISTA

A) Nome do(a) Pensionista: _____

B) Nome do Instituidor (Falecido): _____

Cargo exercido: _____ Matrícula: _____

C) Data do Óbito: ___/___/___ D) Tipo de pensão: () Temporária () Vitalícia

Descrição do parentesco: _____

ITEM 2: DADOS PESSOAIS:

E) Estado Civil: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

F) Data de Nascimento: ___/___/___

ITEM 3: DADOS RESIDENCIAIS:

G) Endereço: _____

H) Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

I) CEP: _____ - _____ Telefone(s): _____

ITEM 4: DOCUMENTOS:

J) RG: _____ Data Expedição: ___/___/___ Órgão Expedição: _____

K) UF Expedição: _____

L) Título Eleitoral: _____ Zona: _____ Seção: _____

M) Município: _____ UF: _____ Data Expedição: ___/___/___

N) CPF nº: _____

ITEM 5: DADOS BANCARIOS:

O) Banco: _____ Nº Agência: _____ Nº Conta Bancária: _____

ITEM 6: REPRESENTANTE LEGAL:

P) Natureza:

Q) Nome: _____ CPF: _____

R) Validade Procuração: ____/____/____

ITEM 7: ALTERACOES DOS DADOS CADASTRAIS:

Preencher, com letra legível, somente quando houver alguma alteração nos itens A, D, E, G, H, I, J, M, N, P, Q ou R (anexar cópias autenticadas e declaração original de conta corrente individual emitida pelo banco).

DECLARACOES

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 cópia(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".

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

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 _____/_____, CEP _____ - _____, telefone (____)
_____, detentor(a) de conta bancária nº _____,

telefone do(a) procurador(a)

nº conta bancária procurador(a)

Agência nº _____, do banco _____, na qualidade de
ag banc procurador(a) banco procurador(a)

representante legal do(a) aposentado(a)/pensionista _____
nome do(a) aposentado(a) ou pensionista

_____, firma, perante à União, o compromisso de comunicar ao Tribunal Regional do Trabalho da _____ 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)

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 _____ .

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

Nome: _____

Cargo: _____ Lotação: _____