



**PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 18ª REGIÃO**

FORMULÁRIO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL DO PENSIONISTA

ITEM 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PENSIONISTA:

A) Nome:

B) Nome do Instituidor:

Cargo exercido:

Matrícula:

CPF:

Data do óbito

Tipo de pensão:

Início do Benefício:

Quota do Benefício:

Alteração:

Término:

ITEM 2 - DADOS PESSOAIS:

C) Estado Civil:

D) Sexo:

E) Data de Nascimento:

F) Descrição de parentesco:

G) Nacionalidade

H) Naturalidade:

I) UF:

CPF:

País de nascimento:

raça/cor:

Nome do pai:

Nome da mãe:

ITEM 3 - DADOS RESIDENCIAIS:

J) Endereço:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

UF:

País:

CEP:

K) Telefone(s):

CELULAR:

E-mail:

ITEM 4 - DOCUMENTOS:

L) RG:

Dt. de Expedição:

Órgão Exp:

UF:

M) Título Eleitoral nº:

Zona:

Seção:

Município:

UF:

Dt de Expedição: / /

N) CPF nº.

ITEM 5 - DADOS BANCÁRIOS:

O) Banco:

Agência:

Nº Conta Bancária:

ITEM 6 - REPRESENTANTE LEGAL:

P) Natureza:

Q) Nome:

CPF nº:

R) Validade da procuração: / /

ITEM 7 - ALTERAÇÕES: Preencher com letra legível, **OBRIGATORIAMENTE, os campos sublinhados nos itens 2 e 3,** e os demais somente quando houver alguma alteração nos itens A, C, J, K, L, M, N e O (para os itens A, C, L, M, N e O, anexar também cópia autenticada do comprovante):



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 18ª REGIÃO

DECLARAÇÕES

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

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

b. () **percebo**, à conta da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, além da pensão instituída pelo Tribunal Regional do Trabalho da 18ª Região, outro(s) benefício(s) de pensão civil por morte, anexando cópia(s) atualizada(s) do(s) respectivo(s) comprovante(s) de renda.

2 - Declaro, ainda, que a conta bancária informada, por intermédio da qual percebo meu benefício, é de natureza individual, estando ciente de que o recebimento do referido benefício por meio de conta conjunta infringe o disposto no art. 10 da Lei nº 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 pela Unidade de Gestão de Pessoas, bem assim que tenho conhecimento de que constitui crime, previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, "Omitir, em documento público 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 é público".

LOCAL, DATA E ASSINATURA:

_____, ____/____/____

Assinatura do(a) PENSIONISTA
ou do Representante Legal

OBS: reconhecer firma em cartório, por autenticidade, no caso do não comparecimento do beneficiário ou de seu representante legal (procurador ou curador) ao local designado pela Unidade de Gestão Pessoas

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

DECLARO, SOB AS PENAS DA LEI, QUE O(A) PENSIONISTA DISCRIMINADO(A) NESTE FORMULÁRIO ESTEVE EM MINHA PRESENÇA, NESTA DATA, APRESENTANDO O SEGUINTE DOCUMENTO:

A) Do(a) pensionista: Identidade nº _____ Órgão Exp. _____ UF: _____
OU Certidão de Nascimento nº _____ Cartório _____

B) Caso o(a) pensionista seja MENOR DE IDADE, preencher também:

Nome do(a) Responsável:

Identidade nº _____ Órgão Exp.: _____ UF: _____

LOCAL, DATA, ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO:

_____, ____/____/____

Assinatura do(a) servidor(a)

Nome:

Cargo:

Lotação:



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 18ª REGIÃO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

(para ser preenchido e assinado pelo representante legal, se houver)

nome do procurador(a)

nascido(a) em ____/____/____, portador(a) do CPF nº_____,
dt. nascim procurador(a) n° CPF procurador(a)

carteira de identidade nº_____, expedida em ____/____/____, órgão
n° RG procurador(a) dt exped RG procurador(a).....

expedidor ____/____, residente e domiciliado(a) na(o)_____
órgão exped RG procurador(a) endereço do(a) procurador(a)

_____, bairro_____
bairro do(a) procurador(a)

cidade_____/_____, CEP_____
cidade/UF do(a) procurador(a) CEP do(a) procurador(a)

telefone (____)_____, detentor(a) da conta bancária nº_____,
telefone do(a) procurador(a) n° 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) servidor(a) apos./pens.

_____, firma perante à União, o compromisso de
comunicar ao Tribunal Regional do Trabalho da 18ª 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)