

### FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO

**ITEM 1 - IDENTIFICAÇÃO:**  
A) NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_ B) Matrícula \_\_\_\_\_  
C) Situação: ( ) Aposentadoria ( ) Pensionista

**ITEM 2 - DADOS PESSOAIS:**  
D) Estado Civil: \_\_\_\_\_ E) Sexo: ( ) MASC. ( ) FEM. F) DATA de NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ITEM 3 - DADOS RESIDENCIAIS:**  
G) ENDEREÇO COMPLETO: \_\_\_\_\_  
BAIRRO: \_\_\_\_\_  
CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

H) TELEFONES: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

**ITEM 4 - DOCUMENTOS:**  
I) Nº DO DOCUMENTO de IDENTIDADE: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ÓRGÃO EXPEDIDOR: \_\_\_\_\_  
J) CPF: \_\_\_\_\_ L) Nº do TÍTULO de ELEITOR: \_\_\_\_\_ SEÇÃO: \_\_\_\_\_ ZONA: \_\_\_\_\_

**ITEM 5 - REPRESENTANTE LEGAL:**  
M) NOME: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
N) NATUREZA (Tutor, Curador ou Representante Legal): \_\_\_\_\_  
O) Validade da Procuração: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE (Tutor, Curador ou Responsabilidade Legal):** Eu, como representante legal/curador/tutor do recadastrando, declaro que o mesmo está vivo e comprometo-me a comunicar qualquer evento que altere a condição de representação e o estado de saúde do recadastrando. Declaro ainda, por fim, ser verdadeira a declaração de vida constante neste documento, bem assim que tenho conhecimento de que constitui crime, previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro.

**ITEM 6 - DADOS BANCÁRIOS DO MAGISTRADO OU SERVIDOR APOSENTADO OU PENSIONISTA:**  
BANCO: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ OP. \_\_\_\_\_ Nº da CONTA INDIVIDUAL \_\_\_\_\_

**ITEM 7 - OUTRAS DECLARAÇÕES:**

**7.1. - DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE PROVENTOS OU PENSÃO (Art. 37, inciso XI, CF/88)**  
Declaro que:  
( ) **NÃO** acumulo outros rendimentos com o benefício de (pensão ou aposentadoria) pago por este TRT  
( ) **SIM**, recebo outros rendimentos, a seguir descritos (anexar documento que comprove o rendimento).

**7.2. - DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE FORMULÁRIO**  
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".

**ITEM 8 - ALTERAÇÕES:**  
Preencher, com letra legível, **somente quando houver alguma alteração**, nos itens: 1 (Letra A), 2 (Letra D), 3 (Letras G e H), 4 (Letras I e L), 5 (Letras M, N e O) e 6. Para os itens 1, 2, 3, 4 e 5 anexar cópia autenticada do comprovante e para o item 6 anexar declaração original de conta corrente individual emitida pelo banco.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

LOCAL: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ASSINATURA APOSENTADO (A) OU PENSIONISTA \_\_\_\_\_ ou do Representante Legal \_\_\_\_\_

**PARA USO EXCLUSIVO DA UNIDADE ONDE SE DEU O RECADASTRAMENTO:**  
Certifico o comparecimento do Aposentado/Pensionista/Terceiros para entrega do presente formulário, com o fim de dar continuidade ao seu benefício junto ao TRT-16ª Região.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Assinatura / Carimbo do(a) servidor(a))

**ORIENTAÇÕES DE ENTREGA DO FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO:**

- 1) Período: 01/10/2021 a 31/10/2021.
- 2) Conforme determinado no Art. 3º, parág. 2º, incisos I, II e III da Resolução CSJT nº 273/2020, este formulário poderá ser devolvido pessoalmente (pelo próprio aposentado/pensionista ou por terceiros), assim como também, por via postal, nos seguintes termos:
  - a) Se a devolução for pessoalmente, deve-se agendar horário através do telefone: 2109 9548;
  - b) Se a devolução for por meio de terceiros ou via postal, o formulário deve estar assinado pelo próprio aposentado/pensionista com reconhecimento de firma, por autenticidade em serviço notarial competente;
- 3) A não devolução no prazo estipulado implicará a suspensão do pagamento do benefício;
- 4) Unidades recadastradoras: Coordenadoria de Gestão de Pessoas e Varas do Trabalho do Interior do Estado do Maranhão;
- 5) Documento de identificação expedido há menos de 10 (dez) anos;