



## SENADO FEDERAL

### RECADASTRAMENTO DE APOSENTADO - ANO \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome \_\_\_\_\_ Matrícula \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

Identidade nº \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data da Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Título de Eleitor nº \_\_\_\_\_ Zona \_\_\_\_\_ Seção \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

Recebe outras remunerações/proventos referentes ao exercício de função, emprego, cargo público, mandato eletivo, pensão ou aposentadoria?  Sim  Não

Recebe pensão do Instituto de Previdência dos Congressistas - IPC?  Sim  Não

Em caso afirmativo, anexar documentos comprobatórios dos rendimentos auferidos, expedidos pelos órgãos pagadores.

Endereço \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

DDD \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Outro \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

#### DECLARAÇÃO

Declaro, sob as penas da lei, que as informações acima são a expressão da verdade, comprometendo-me a comunicar imediatamente à **Coordenação de Benefícios Previdenciários (COBEP)** - Senado Federal quando ocorrer alguma modificação.

Tenho ciência de que, nos termos do Ato nº 1/2001 da Secretaria de Recursos Humanos do Senado Federal, este formulário de recadastramento deverá ser preenchido, assinado, reconhecida a firma em cartório, e devolvido até o último dia do mês do aniversário do aposentado à **Coordenação de Benefícios Previdenciários (COBEP) - Senado Federal** – Unidade de Apoio I, Módulo II, Via N2 – Brasília – DF – CEP 70.165-900.

Quando o formulário for entregue por procurador, deverá ser anexada a procuração, registrada em cartório, emitida em até seis meses anteriores à data do recadastramento, conforme o artigo 4º do Ato nº 1/2001 da Secretaria de Recursos Humanos do Senado Federal.

Tenho ciência de que, nos termos do § 2º do art. 9º da Lei nº 9.527/97, e do Ato nº 1/2001 da Secretaria de Recursos Humanos do Senado Federal, **o não cumprimento do prazo de devolução acarretará o afastamento da folha de pagamento até que a situação seja regularizada.**

Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura (com firma reconhecida em cartório)  
Se entregue pessoalmente, não precisa reconhecer firma.