



SENADO FEDERAL

RECADASTRAMENTO DE PENSIONISTAS - ANO _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome _____ Matrícula _____

Estado Civil _____ Data de Nascimento ____/____/____ Parentesco _____

Identidade nº _____ Órgão Expedidor _____ Data da Emissão: ____/____/____

CPF _____ Título de Eleitor nº _____ Zona _____ Seção _____ UF _____

Instituidor da Pensão _____

Recebe outras remunerações(inclusive da iniciativa privada) e/ou proventos referentes à 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.

Mantém ou manteve relação de matrimônio ou união estável com cônjuge ou companheiro(a), após o falecimento do(a) servidor(a)? Sim Não

Endereço _____

_____ Bairro _____

Cidade _____ UF _____ CEP _____

DDD _____ Telefone _____ Celular _____ Outro _____

E-mail _____

PESSOA PARA CONTATO

Nome _____ Telefone _____

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 cadastramento deverá ser preenchido, assinado, reconhecida a firma em cartório, e devolvido até o último dia do mês do aniversário do pensionista 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 cadastramento, 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.