

TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DO CEARÁ
SGP/COTEC/SEAPE

FORMULÁRIO PARA RECADASTRAMENTO OBRIGATÓRIO

SITUAÇÃO FUNCIONAL: ☐ INATIVO(A) ☐ PENSIONISTA MODALIDADE: ☐ PRESENCIAL ☐ REMOTA

DADOS DO(A) DECLARANTE (Em caso de preenchimento manual, usar letra de forma)

Nome Completo

Telefone. É WhatsApp? ☐ Sim ☐ Não

E-mail para recebimento de contracheque, DIRF e correspondências do TRE-CE.

Raça/Cor

☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Endereço completo (com bairro)

Cidade/Estado

CEP

DECLARAÇÃO DE CONTA CORRENTE INDIVIDUAL

Declaro que a conta, abaixo identificada, informada a este Tribunal para fins de recebimento de benefício, é conta-corrente INDIVIDUAL.

Banco

Agência

Conta-corrente

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGO, EMPREGO, FUNÇÃO PÚBLICA, APOSENTADORIA OU PENSÃO

Acumula proventos, cargo, emprego, função pública, aposentadoria ou pensão? ☐ Sim ☐ Não

☐ Salário ☐ Aposentadoria ☐ Pensão

☐ Salário ☐ Aposentadoria ☐ Pensão

☐ Salário ☐ Aposentadoria ☐ Pensão

Obs.: Em caso de acumulação, indicar a fonte pagadora, marcar o tipo e anexar os três últimos contracheques de cada benefício. Não é necessário declarar salário de emprego da iniciativa privada ou anexar contracheque do benefício do TRE-CE.

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO(A) REPRESENTANTE LEGAL (CURATELA/PROCURAÇÃO/TUTELA)

Nome completo:

Telefone para contato:

Whatsapp:

Endereço do(a) representante:

RG e CPF devem ser anexados

Curatela/Procuração/Tutela (anexar o documento)

Firmo o presente compromisso de comunicar imediatamente à Secretaria de Gestão de Pessoas do Tribunal Regional Eleitoral do Ceará qualquer evento que venha cessar os efeitos da ☐ PROCURAÇÃO ☐ TUTELA ☐ CURATELA, principalmente o óbito do(a) beneficiário(a). Comprometo-me, ainda, na forma da lei, a não perceber qualquer importância que vier a ser creditada pelo TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DO CEARÁ, a favor do(a) beneficiário(a) após a cessação dos efeitos da PROCURAÇÃO, TUTELA ou CURATELA.

Obs.: A procuração deve ser atualizada e expedida no prazo de até seis meses anteriores ao mês do recadastramento, contendo poderes específicos para a representação do(a) beneficiário(a) perante o TRE-CE (art. 14 da Portaria TRE-CE n.º 1013/2023). Anexar atestado médico, observando-se o disposto no art. 15 da Portaria TRE-CE n.º 1013/2023).

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das informações declaradas, ciente de que, se falsas, ficarei sujeito (a) às penas previstas no art. 299 do Código Penal Brasileiro, bem como a devolução de todos os valores recebidos indevidamente, nos termos do art. 47 da Lei n.º 8.112/90.

Cidade

Data

Deseja atualizar outra informação?

☐ Sim (anexar comprovante) ☐ Não

Assinatura do(a) declarante ou do(a) representante legal

Servidor(a) responsável/Assinatura (preencher em caso de recadastramento presencial)