

## INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DE DECLARAÇÃO EM PDF EDITÁVEL

|   |
|---|
| TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DO CEARÁ<br>SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS – SGP<br>COORDENADORIA TÉCNICA – COTEC<br>SEÇÃO DE APOSENTADORIAS E PENSÕES – SEAPE |
| FORMULÁRIO PARA RECADASTRAMENTO OBRIGATÓRIO<br>SITUAÇÃO FUNCIONAL: <input type="checkbox"/> INATIVO(A) <input type="checkbox"/> PENSIONISTA                 |

1. Marcar a caixa correspondente à situação funcional, i.e., se o(a) beneficiário(a) é pensionista ou inativo.

|   |   |     |
|---|---|-----|
| DADOS DO(A) DECLARANTE (Em caso de preenchimento manual, usar letra de forma) |   |     |
| Nome Completo   | Telefone. É whatsapp? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                   |     |
| E-mail para recebimento de contracheque, DIRF e correspondências do TRE-CE.   | Deseja atualizar outra informação? <input type="checkbox"/> Sim (anexar comprovante) <input type="checkbox"/> Não |     |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL  |   |     |
| Endereço completo (com bairro)  | Cidade/Estado   | CEP |

2. Preencher o nome completo do beneficiário.

3. Preencher o número de telefone e marcar a caixa indicando se se trata de contato de Whatsapp. Dar preferência a número de contato por Whatsapp.

4. O e-mail é o meio de comunicação preferencial do TRE-CE. Dito isso, informar e-mail de uso regular, acessado com frequência, visto que as comunicações do Tribunal seguirão para ele.

5. Se houver alguma outra informação a ser atualizada (por exemplo, estado civil), anexar comprovante e informar, no corpo do e-mail encaminhado para [protocolo@tre-ce.jus.br](mailto:protocolo@tre-ce.jus.br), o dado que deve ser modificado. Em caso de preenchimento manual, apresentar requerimento próprio solicitando a alteração.

6. Preencher o endereço completo, inclusive com o CEP. Em caso de mudança de endereço em relação ao ano anterior, anexar comprovante e seguir as orientações do item 4.

|   |         |                |  |
|---|---------|----------------|--|
| 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 |  |

7. Informar banco, agência e conta-corrente em que o benefício é creditado. Em caso de mudança em relação ao ano anterior, apresentar requerimento próprio no corpo do e-mail encaminhado para [protocolo@tre-ce.jus.br](mailto:protocolo@tre-ce.jus.br) indicando os novos dados e fazendo juntada de cópia do contrato de abertura de conta-corrente ou do cartão da instituição bancária.

|  |                                  |  |                                 |
|--|----------------------------------|--|---------------------------------|
| DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGO, EMPREGO, FUNÇÃO PÚBLICA, APOSENTADORIA OU PENSÃO  |                                  |  |                                 |
| Acumula proventos, cargo, emprego, função pública, aposentadoria ou pensão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  |                                  |  |                                 |
|  | <input type="checkbox"/> Salário | <input type="checkbox"/> Aposentadoria | <input type="checkbox"/> Pensão |
|  | <input type="checkbox"/> Salário | <input type="checkbox"/> Aposentadoria | <input type="checkbox"/> Pensão |
|  | <input type="checkbox"/> Salário | <input type="checkbox"/> Aposentadoria | <input type="checkbox"/> 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. |                                  |  |                                 |

8. Caso o(a) beneficiário(a) exerça cargo, emprego ou função pública com remuneração, seja aposentado ou pensionista (inclusive do INSS), deve marcar a caixa correspondente para a pergunta do campo de declaração de acumulação. Em caso negativo, marcar a caixa NÃO.

9. Em caso de acumulação, indicar a fonte pagadora e marcar a caixa indicativa dos valores que percebe, i.e., se salário, aposentadoria ou pensão, e fazer juntada dos 3 últimos contracheques ou comprovantes de rendimentos.

| TERMO DE RESPONSABILIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL CURATELA/PROCURAÇÃO/TUTELA                  |                      |
|--|----------------------|
| Nome completo:   | <input type="text"/> |
| Telefone para contato:   | <input type="text"/> |
| Whatsapp:  | <input type="text"/> |
| <b>RG e CPF devem ser anexados</b><br><b>Curatela/Procuração/Tutela (anexar o documento)</b> |                      |

10. Em caso de beneficiário cadastrado por meio de representante legal, esse deve preencher os campos indicando nome, telefone para contato e número de aplicativo de mensagens instantâneas (Whatsapp). Também, devem ser anexados RG e CPF do(a) representante e, no caso de curatela/procuração/tutela, referido documento deve acompanhar o formulário.

|   |  |
|---|--|
| Firmo o presente compromisso de comunicar imediatamente à Secretaria de Gestão do Processo do Tribunal Regional Eleitoral do Ceará qualquer evento que venha a ocorrer da <input checked="" type="checkbox"/> PROCURAÇÃO <input type="checkbox"/> TUTELA <input type="checkbox"/> 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 cadastramento, contendo poderes específicos para a representação do cadastrando 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).   |  |

11. O(A) representante deve, ainda, marcar o quadro correspondente à representação. Além disso, em caso de procuração o documento deve ter sido emitido nos seis meses anteriores ao cadastramento, bem como o(a) representante deve anexar atestado médico comprobatório da doença ou da impossibilidade de locomoção, ou comprovante de ausência do país no período do cadastramento.

| 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                 |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> |
| Assinatura do(a) declarante ou do(a) representante legal   |                      |

12. Por último, preencher a cidade de domicílio ou residência no momento da declaração, anotar a data e assinar.

13. Em caso de preenchimento do PDF em computador, o(a) beneficiário ou seu(sua) representante pode realizar a assinatura do formulário através da plataforma do Governo Federal seguindo as orientações constantes do endereço <https://www.gov.br/governodigital/pt-br/assinatura-eletronica>. A assinatura deve ser aposta no campo apropriado do formulário.