

FORMULÁRIO – GRUPO DE PECÚLIO

Nome completo:		
Data de nascimento: / /	Sexo: () Feminino () Masculino	CPF:
RG:	Órgão expedidor:	Data de expedição: / /
Naturalidade:	UF:	
Endereço:		
		Bairro:
Cidade:	Estado:	CEP:
Estado civil:		
Tel. residencial: ()	Tel. do trabalho: ()	Tel. celular: ()
Endereço eletrônico (1):		
Endereço eletrônico (2):		
Tribunal onde exerce a jurisdição ou aposentou-se: ()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6 ()7 ()8 ()9 ()10 ()11 ()12 ()13 ()14 ()15 ()16 ()17 ()18 ()19 ()20 ()21 ()22 ()23 ()24		
Associado à Amatra: ()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6 ()7 ()8 ()9 ()10 ()11 ()12 ()13 ()14 ()15 ()16 ()17 ()18 ()19 ()20 ()21 ()22 ()23 ()24		
Situação funcional: () Ativo () Aposentado		
		Data de ingresso na magistratura: / /
() Ministro(a) () Desembargador(a) () Juiz(a) Titular () Juiz(a) Substituto(a)		
Se aposentado, indicar mês e ano da aposentadoria: /		

BENEFICIÁRIOS

Nome completo:		
CPF:	Telefone: ()	Percentual: %

Nome completo:		
CPF:	Telefone: ()	Percentual: %

Nome completo:		
CPF:	Telefone: ()	Percentual: %

Nome completo:			
CPF:	Telefone: ()	Percentual:	%

Nome completo:			
CPF:	Telefone: ()	Percentual:	%

Nome completo:			
CPF:	Telefone: ()	Percentual:	%

Nome completo:			
CPF:	Telefone: ()	Percentual:	%

Nome completo:			
CPF:	Telefone: ()	Percentual:	%

Nome completo:			
CPF:	Telefone: ()	Percentual:	%

Nome completo:			
CPF:	Telefone: ()	Percentual:	%

Li o regulamento e concordo em participar do pecúlio por morte.

Declaro, sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações aqui prestadas.

_____/_____, ____ de _____ de 20____

Magistrado(a) do Trabalho