



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
DIRETORIA GERAL DE GESTÃO DE PESSOAS
Av. João da Mata, nº 256 – Jaguaribe
João Pessoa – PB - CEP: 58015-020

DECLARAÇÃO

_____, matrícula Siape nº _____, CPF nº _____, declaro estar ciente de que, a contar da data da publicação de minha aposentadoria/pensão civil no Diário Oficial da União, realizarei o **recadastramento anual** de aposentado/beneficiário de pensão **no mês de meu aniversário natalício**, junto à instituição bancária na qual recebo os/a proventos/pensão, em conformidade com o disposto na legislação vigente (Lei nº 9.527/97, Decreto nº 7.862/2012 e ON SEGRT/MP nº 01/2017).

Declaro, ainda, estar ciente de que a não realização do recadastramento anual no mês de aniversário, implicará na suspensão do pagamento dos/a proventos/pensão.

João Pessoa, ____ de _____ de _____

Assinatura