

Carimbo do  
órgão  
recadastrador

MARINHA DO BRASIL  
SERVIÇO DE VETERANOS E PENSIONISTAS DA MARINHA  
FICHA DE RECADASTRAMENTO DE VETERANOS E PENSIONISTAS

TIPO DE  
RECADASTRA-  
MENTO

OM/ÓRGÃO RECADASTRADOR: DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**1 - DADOS DO RECADASTRADOR:**

NOME:  
IDENTIDADE: ÓRGÃO EMISSOR:

**2 - DADOS DO RECADASTRADO:**

INATIVO MILITAR  INATIVO CIVIL  PENSIONISTA MILITAR  PENSIONISTA CIVIL  EX-COMBATENTE  PENSIONISTA EX-COMBATENTE

NOME: COR OU RAÇA:  
POSTO/GRAD.: MATRÍCULA FINANCEIRA: CPF  
N.º IDENTIDADE: O. EMISSOR : NASC. :  
RESIDÊNCIA: BAIRRO:  
MUNICÍPIO: UF: CEP: TEL:  
TÍTULO DE ELEITOR :  
VÍNCULO COM INSTITUIDOR (para pensionistas) :  
REMESSA BP: ( ) RESIDÊNCIA AG. BANCÁRIA ( ) E-MAIL:

**3 - DADOS DO INSTITUIDOR DE PENSÃO (QUANDO FOR O CASO):**

NOME:  
POSTO/GRAD.: MATRÍCULA FINANCEIRA: DATA DE FALECIMENTO:  
MÃE DO INSTITUIDOR:

|   |                   |  |
|---|-------------------|--|
| Declaro sob as penas da Lei, que verifiquei a documentação apresentada, achando-a conforme. | IMPRESSÃO DIGITAL | Declaro sob as penas da Lei, que os dados informados neste formulário correspondem a expressão da verdade. |
| _____<br>ASSINATURA DO RECADASTRADOR  |                   | _____<br>ASSINATURA DO RECADASTRADO  |

**4 - DADOS DAS TESTEMUNHAS (NO CASO DE ASSINATURA POR IMPRESSÃO DIGITAL):**

NOME DA 1ª TESTEMUNHA:  
N.º IDENTIDADE: O. EMISSOR : NASC. : CPF:  
ENDEREÇO: TEL:  
NOME DA 2ª TESTEMUNHA:  
N.º IDENTIDADE: O. EMISSOR : NASC. : CPF:  
ENDEREÇO: TEL:

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DA 1ª TESTEMUNHA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DA 2ª TESTEMUNHA

**5 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (QUANDO FOR O CASO):**
 PROCURADOR

 TUTOR

 CURADOR

|                              |                  |                  |        |
|------------------------------|------------------|------------------|--------|
| NOME DO REPRESENTANTE LEGAL: |                  |                  |        |
| IDENT.:                      | DATA DE EMISSÃO: | O. EMISSOR:      | CPF:   |
| PAI:                         |                  |                  |        |
| MÃE:                         |                  |                  |        |
| RESIDÊNCIA:                  |                  | BAIRRO:          |        |
| MUNICÍPIO:                   | UF:              | CEP:             | TEL:   |
| PROCURAÇÃO/TUTELA/CURATELA:  |                  |                  |        |
| DATA DA EMISSÃO:             |                  | DATA QUE EXPIRA: |        |
| NÚMERO:                      | ATO:             | LIVRO:           | FOLHA: |

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Pelo presente Termo de Responsabilidade, comprometo-me a comunicar ao SIPM qualquer evento que possa anular a presente procuração, no prazo de trinta dias, a contar da data que o mesmo ocorra, principalmente o óbito do outorgante, mediante apresentação da respectiva certidão.

Estou ciente que o descumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar a devolução de importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á às penalidades previstas nos artigos 171 e 299, ambos do Código Penal.

**CÓDIGO PENAL:**

Art. 171- Obter, para si ou para outrem, vantagem ilícita, em prejuízo alheio, induzindo ou mantendo alguém em erro, mediante artifício, ardil ou qualquer outro meio fraudulento.

Art. 299- Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

**Validade da Procuração para efeito de Recadastramento. a validade da procuração é de (03) meses ). Não podendo ser substabelecida ou revalidada.**

DATA DO PRÓXIMO RECADASTRAMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Declaro sob as penas da Lei, que verifiquei a documentação apresentada, achando-a conforme.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO RECADASTRADOR

Declaro sob as penas da Lei, que os dados informados neste formulário correspondem a expressão da verdade.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL

OBS: 1-Preencher preferencialmente com **LETRA DE FORMA**.

2-A falta da assinatura em um dos campos a ela destinado deve ser **OBRIGATORIAMENTE** justificada, para que o recadastramento possa ser validado.

----- (DESTACAR E ENTREGAR AO RECADASTRADO) -----

**COMPROVANTE DE RECADASTRAMENTO:**

|  |                       |
|--|-----------------------|
| OM :   | DATA: ____/____/____. |
| NOME DO RECADASTRADO:                                    | IDENT.:               |
| DATA DE RETORNO DO VETERANO/PENSIONISTA: ____/____/____. |                       |
| NOME DO RECADASTRADOR :                                  | NIP:                  |
| ASSINATURA DO RECADASTRADOR:                             |                       |

OBS: Deverá ser entregue ao veterano/pensionista **Recadastrado** ou seu **Representante Legal**.

## INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DA FICHA DE RECADASTRAMENTO

| CAMPOS   | PREENCHIMENTO   |
|--|---|
| CARIMBO DO ÓRGÃO<br>RECADASTRADOR  | Somente nos casos de recadastramento nas modalidades presenciais e domiciliar.  |
| TIPO DE<br>RECADASTRAMENTO   | Reservado para preenchimento pela OM responsável pela digitação no sistema.   |
| OM/ÓRGÃO<br>RECADASTRADOR:   | Somente preencher nos casos de recadastramento nas modalidades presenciais e domiciliar.  |
| DATA   | Preencher com a data de realização do recadastramento.  |
| DADOS DO<br>RECADASTRADOR  | Os campos deverão ser preenchidos com os dados do agente que proceder ao recadastramento, nos casos de recadastramento nas modalidades presenciais e domiciliar.  |
| DADOS DO RECADASTRADO  | Todos os campos desde “NOME” até “TÍTULO DE ELEITOR” devem ser preenchidos.<br>O campo “TIPO DE VÍNCULO” deverá ser preenchido apenas por pensionistas, indicando seu vínculo com o instituidor da pensão (viúva, ex-esposa, companheira, filho, enteado, irmão (ã), pai, mãe, neto (a), etc).<br>O campo “REMESSA BP” deverá ser preenchido com o local de preferência para envio do bilhete de pagamento do beneficiário. |
| DADOS DO INSTITUIDOR DA<br>PENSÃO  | Os campos deverão ser preenchidos com os dados do instituidor da pensão, quando for o caso.<br>O campo “POSTO/GRAD” será preenchido com a patente do militar ou com a categoria funcional do servidor civil, quando for o caso.   |
| ASSINATURA DO<br>RECADASTRADOR   | Somente será assinado nos casos de recadastramento nas modalidades presenciais e domiciliar.  |
| IMPRESSÃO DIGITAL  | Somente será utilizado em caso do beneficiário recadastrado estar impossibilitado de assinar, por qualquer motivo.  |
| ASSINATURA DO<br>RECADASTRADO  | Sempre deverá ser assinado, exceto nos casos de recadastramento por Representante Legal.  |
| DADOS E ASSINATURAS<br>DAS TESTEMUNHAS                                   | Somente será utilizado em caso do beneficiário recadastrado estar impossibilitado de assinar, por qualquer motivo, tendo sido aposta sua impressão digital no campo próprio.  |
| DADOS DO<br>REPRESENTANTE LEGAL  | Somente serão preenchidos nos casos de recadastramento por Representante Legal (presencial ou por correspondência).   |
| DATA DO PRÓXIMO<br>RECADASTRAMENTO                                       | Somente serão preenchidos nos casos de recadastramento por Representante Legal (presencial ou por correspondência), com data posterior em seis meses a contar do recadastramento em questão.  |
| ASSINATURA DO<br>RECADASTRADOR E<br>ASSINATURA DO<br>REPRESENTANTE LEGAL | Somente serão assinados nos casos de recadastramento na modalidade presencial por Representante Legal.  |
| COMPROVANTE DE<br>RECADASTRAMENTO  | Somente serão preenchidos e assinados pelo recadastrador nos casos de recadastramento nas modalidades presenciais e domiciliar. Caso o recadastramento tenha sido efetuado pelo próprio, a data de retorno será no próximo aniversário do mesmo.  |