

TERMO DE RESPONSABILIDADE

(para ser preenchido e assinado pelo representante legal, se houver – tutor, curador ou procurador)

_____ nascido(a) em ___/___/_____, portador(a) do CPF nº _____, Carteira de Identidade(RG) nº _____, e x p e d i d a e m ___/___/_____, Órgão expedidor _____/_____, residente e domiciliado(a) no(a) _____, bairro _____, cidade _____/_____, CEP _____, telefone (____) _____, detentor(a) de conta bancária nº _____ Agência nº _____, do banco _____, na qualidade de Representante legal do(a) aposentado(a)/pensionista _____

, firma, perante o PREVINI, o compromisso de comunicar, qualquer evento que venha cessar os efeitos da (Procuração, Curatela ou Tutela) anexa, principalmente o óbito do(a) representado(a), no prazo máximo de trinta dias a contar da ocorrência.

Comprometo-me, ainda, na forma da lei, a não perceber qualquer importância que vier a ser creditada pelo PREVINI em favor do(a) beneficiário(a) da aposentadoria ou pensão, após a cessação dos efeitos da (Procuração, Curatela ou Tutela).

Assino o presente Termo de Responsabilidade na presença de duas testemunhas.

_____, _____ de _____ de 20____.
(local) (dia) (mês)

(assinatura do Tutor, Curador ou Procurador)

Testemunha (01): _____
Carimbo e assinatura do servidor

Testemunha (02): _____
Carimbo e assinatura do servidor

