

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 _____,
expedida em ____/____/_____, Órgão expedidor _____/, residente e domiciliado(a) no(a)
_____, bairro
_____ c i d a d e _____ / _____, 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 PREVIMENDES, 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 PREVIMENDES 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

