

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

OL

NB E

NOME DO COMPROMISSANDO

ENDEREÇO

QUALIDADE**FINALIDADE****EVENTO A COMUNICAR**

APOSENTADO

PENSIONISTA

CURADOR

RECEBIMENTO DE BENEFÍCIO

ÓBITO DO APOSENTADO

TUTOR

RECEBIMENTO DE QUOTAS

CASAMENTO DE DEPENDENTE

PROCURADOR

DE SALÁRIO FAMÍLIA

ÓBITO DE DEPENDENTE

BENEFICIÁRIOS

NOME	QUALIDADE	ESTADO CIVIL	DATA NASCIMENTO (dd/mm/aaa)

Pelo presente Termo de Responsabilidade declaro estar ciente de que a ocorrência dos eventos assinalados para os beneficiários acima relacionados deverá ser comunicada ao INSS no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data em que o mesmo ocorrer, mediante apresentação da respectiva certidão. A falta do cumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar à devolução de importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á às penalidades previstas no art. 171 do Código Penal.

LOCAL E DATA

ASSINATURA

CÓDIGO PENAL - ART 171 OBTER PARA SI OU PARA OUTREM, VANTAGEM ILICITA EM PREJUÍZO ALHEIO INDUZINDO OU MANTENDO ALGUÉM EM ERRO MEDIANTE ARTIFÍCIO, ARDIL OU QUALQUER OUTRO MEIO FRAUDULENTO.

IMPRESSÃO DIGITAL

DATA

ASSINATURA E Nº DO FUNCIONÁRIO

quebra de página

