


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 ILÍCITA EM PREJUÍZO ALHEIO INDUZINDO OU MANTENDO ALGUÉM EM ERRO MEDIANTE ARTIFÍCIO, ARDIL OU QUALQUER OUTRO MEIO FRAUDULENTO.	IMPRESSÃO DIGITAL
DATA <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> ASSINATURA E Nº DO FUNCIONÁRIO _____	

