

TERMO DE RESPONSABILIDADE

DADOS DO(A) REPRESENTANTE LEGAL

NOME COMPLETO			
DATA DE NASCIMENTO ____/____/____		CPF	
DOCUMENTO DE IDENTIDADE		DATA DE EXPEDIÇÃO ____/____/____	ÓRGÃO EXPEDIDOR
ENDEREÇO			NÚMERO
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
TELEFONE			

DADOS BANCÁRIOS

BANCO	AGÊNCIA	OPERAÇÃO	CONTA
-------	---------	----------	-------

REPRESENTADO(A)

NOME DO(A) APOSENTADO(A) OU PENSIONISTA

Na qualidade de representante legal do(a) aposentado(a) ou pensionista acima identificado(a), firmo, perante a União, o compromisso de comunicar ao TRT12, onde é mantida a referida aposentadoria ou pensão, qualquer evento que venha a cessar os efeitos da procuração, tutela ou curatela, 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 receber qualquer importância que vier a ser creditada pela União em favor do(a) beneficiário(a) da aposentadoria ou pensão após a cessação dos efeitos da procuração, tutela ou curatela.

LOCAL	DATA ____/____/____
-------	------------------------

Assinatura do(a) representante legal