

**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 / /

ASSINATURA E Nº DO FUNCIONÁRIO

quebra de página