**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

(Nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ inscrito (a) no CPF--------------,-----------------na

qualidade de ( )Representante legal ( )Procurador do(a) aposentado (a) ou pensionista

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conforme instrumento legal

incluso, pelo presente Termo de Responsabilidade comprometo-me a comunicar ao IMPRES o óbito do aposentado/pensionista, no prazo de 30 (trinta) dias contados do fato, mediante a apresentação da respectiva certidão.

Se procurador, comprometo-me, ainda, a comunicar ao IMPRES, no mesmo prazo, qualquer outro evento que possa anular a procuração apresentada nesta data.

Estou ciente que o descumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar a devolução de importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á à responsabilização penal.

Local, data: ..................................................................................................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante Legal ou Procurador.

 **PARA CARTÓRIO**: **reconhecimento de firma somente POR AUTENTICIDADE.**