



TRT-7ª REGIÃO

Secretaria de Gestão de Pessoas

TERMO DE RESPONSABILIDADE

(Para ser preenchido e assinado pelo representante legal, se houver)

Eu, _____, nascido(a) em ___/___/___, portador do CPF nº _____, carteira de identidade nº _____, expedida em ___/___/___, órgão expedidor _____, residente e domiciliado(a) no (a) _____, bairro _____, cidade _____, estado _____, CEP _____, telefone (____) _____, detentor(a) de conta bancária nº _____, agência nº _____, tipo de conta _____, do banco _____, na qualidade de representante legal do(a) aposentado(a)/pensionista _____,

firmando, perante a União, e sob as penas da Lei, o compromisso de comunicar ao Tribunal Regional do Trabalho da 7ª Região, onde é mantida a referida aposentadoria/pensão, qualquer evento que venha cessar os efeitos da tutela, curatela ou da procuração anexa, 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 restituir ao erário qualquer importância que vier a ser creditada pela União em favor do(a) beneficiário(a) da aposentadoria/pensão, após a cessação dos efeitos da representação ou de sua morte.

_____, _____/_____/_____, _____
LOCAL DATA ASSINATURA DO(A) PROCURADOR(A)