



## TERMO DE RESPONSABILIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL

Eu, \_\_\_\_\_ inscrito no  
CPF/MF sob o nº \_\_\_\_\_ na qualidade de representante legal  
do beneficiário \_\_\_\_\_

inscrito no CPF/MF sob o nº \_\_\_\_\_, pelo presente **Termo de Responsabilidade** comprometo-me a comunicar ao Instituto de Benefícios e Assistência aos Servidores Municipais de Araruama - IBASMA o óbito ou a emancipação do beneficiário acima, no prazo de 30 (trinta) dias contados do fato, mediante a apresentação da respectiva certidão.

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.

Araruama, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Representante Legal