

**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

---

Anexo VII ao Decreto nº 16.988/2011

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

(arts. 59, §1º; e 61, §1º)

..... na  
qualidade de ( ) Representante legal ( ) Procurador do(a) segurado (a) ou pensionista  
....., conforme instrumento legal  
incluso, pelo presente Termo de Responsabilidade comprometo-me a comunicar ao PREVIMPA o óbito do  
segurado/pensionista, no prazo de 30 (trinta) dias contados do fato, mediante a apresentação da respectiva certidão.

Se procurador, comprometo-me, ainda, a comunicar ao PREVIMPA, 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.

**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

**INFORMAÇÕES DO REPRESENTANTE LEGAL**

<b>TIPO DE REPRESENTAÇÃO</b>				<b>MATRÍCULA DO SEGURADO OU PENSIONISTA</b>		
<input type="checkbox"/> CURADOR <input type="checkbox"/> GUARDIÃO <input type="checkbox"/> PAI/MÃE <input type="checkbox"/> PROCURADOR <input type="checkbox"/> TUTOR						
<b>NOME DO REPRESENTANTE LEGAL</b>						
<b>SEXO</b>		<b>DATA NASCIMENTO</b>		<b>CPF</b>		
<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO		/ /				
<b>Nº DO REGISTRO GERAL (RG)</b>		<b>TIPO</b>		<b>DATA DA EXPEDIÇÃO</b>		
				/ /		
<b>ÓRGÃO EXPEDIDOR</b>		<b>UF</b>				
<b>ENDEREÇO DO REPRESENTANTE LEGAL</b>						
<b>TIPO (Rua, Av.)</b>		<b>LOGRADOURO (Nome da Rua, Avenida, etc.)</b>			<b>NÚMERO</b>	<b>COMPLEMENTO</b>
<b>BAIRRO</b>			<b>CIDADE</b>		<b>UF</b>	<b>CEP</b>
<b>TELEFONE</b>		<b>CELULAR</b>		<b>E-MAIL</b>		
<b>O ENDEREÇO DO REPRESENTANTE LEGAL É O MESMO DO PENSIONISTA? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></b>						
<b>CASO TENHA MARCADO NÃO, PREENCHER OS DADOS ABAIXO</b>						
<b>ENDEREÇO DO PENSIONISTA</b>						
<b>TIPO (Rua, Av.)</b>		<b>LOGRADOURO (Nome da Rua, Avenida, etc.)</b>			<b>NÚMERO</b>	<b>COMPLEMENTO</b>
<b>BAIRRO</b>			<b>CIDADE</b>		<b>UF</b>	<b>CEP</b>
<b>TELEFONE</b>		<b>CELULAR</b>		<b>E-MAIL</b>		
<b>LOCAL E DATA</b>						
<b>ASSINATURA</b>						
<p align="center">.....</p>						