



TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO

SECRETARIA DE PESSOAL

SERVIÇO DE DADOS FUNCIONAIS

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

_____,
nome do(a) procurador(a)
nascido(a) em ____ / ____ / ____ , portador(a) do CPF nº _____
dt nascim procurador(a) n° CPF procurador(a)
carteira de identidade nº _____ , expedida em ____ / ____ / ____ , Órgão
n° RG procurador(a) dt exped RG procurador(a)
expedidor _____ / _____, residente e domiciliado(a) no(a) _____
órgão exped RG procurador(a) endereço do(a) procurador(a)
_____, bairro _____
bairro do(a) procurador(a)
cidade _____ / _____, CEP _____
cidade/UF do(a) procurador(a) CEP do(a) procurador(a)
telefone (____) _____ , detentor(a) de conta bancária nº _____
telefone do procurador(a) n° conta bancária procurador(a)
Agência nº _____ , do banco _____ , na qualidade de
ag banco procurador(a) banco procurador(a)
representante legal do(a) aposentado(a)/pensionista _____

_____,
nome do magistrado(a)/servidor(a) aposentado(a) ou pensionista
_____, firma, perante à União, o compromisso de
comunicar ao Tribunal Regional do Trabalho da 9ª Região, onde é mantida a referida
aposentadoria ou pensão, qualquer evento que venha cessar os efeitos 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 não perceber qualquer importância que
vier a ser creditada pela União em favor do(a) beneficiário(a) da aposentadoria ou pensão, após a
cessação dos efeitos da procuração.

_____, _____ de _____ de _____.
(local) (dia) (mês) (ano)

assinatura do(a) procurador(a)