TRIBUNAL REGIONAL DO
TRABALHO DA 2ª REGIÃO
Coordenadoria de Administração Funcional
Seção de Registros Funcionais de Servidores
Av. Marque de São Vicente, 121 – Bloco A – 12° andar, sala 1210
São Paulo – SP – Cep 01139-001

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

_____,
nome do(a) representante

nascido(a) em ___/___/_____, portador(a) do CPF n°_____,
data nascimento representante — nº CPF representante

carteira de identidade n°_____, expedida em ____/____/_____,
nº RG representante — data expedição RG representante

Órgão Expedidor _____/____, residente e domiciliado(a) na(o) _____
órgão expedidor RG representante

_____, Bairro _____,
endereço do(a) representante — bairro do endereço do(a) representante

Cidade _____, Estado _____, CEP _____-____,
cidade do endereço do representante

telefone ( )_____, detentor(a) de conta bancária n° _____
telefone do(a) representante — nº conta bancária representante

Agência n° _____, do banco _____, na qualidade de
nº agência bancária — nome do banco da conta bancária – representante

representante legal do(a) aposentado(a)/pensionista _____
nome do(a) magistrado/servidor(a), aposentado(a) ou pensionista

_____, firma, perante à União, o compromisso de comunicar ao Tribunal Regional do Trabalho da 2ª 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 2019.
(cidade local) — (dia) — (mês)

_____
assinatura do(a) representante