



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

**PROCESSOS DE PAGAMENTO DE DESPESAS DE EXERCÍCIOS ANTERIORES**

Número do Processo SEI: \_\_\_\_\_.

**ASSINALAR COM (X) E PREENCHER APENAS UMA OPÇÃO**

**Servidores e aposentados**

**Pensionistas**

Eu \_\_\_\_\_,

CPF: \_\_\_\_\_, matrícula SIAPE \_\_\_\_\_,

declaro, ciente da incidência do disposto nos artigos 121 e seguintes da Lei nº 8.112/90 e Artigo 299 do Código Penal, que não ajuizei e nem ajuizarei ação judicial pleiteando a mesma vantagem no curso do processo administrativo de pagamento e nem recebi os valores de pagamento.

**OU**

**Representante legal**

**Terceiro**

Eu \_\_\_\_\_,

CPF: \_\_\_\_\_, na condição de \_\_\_\_\_,

do(a) servidor(a)/pensionista \_\_\_\_\_,

CPF \_\_\_\_\_, matrícula SIAPE \_\_\_\_\_,

declaro, ciente da incidência do disposto nos artigos 121 e seguintes da Lei nº 8.112/90 e Artigo 299 do Código Penal, que não ajuizei e nem ajuizarei ação judicial pleiteando a mesma vantagem no curso do processo administrativo de pagamento e nem recebi os valores de pagamento.

**DADOS PARA CORRESPONDÊNCIA:**

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_, Nº: \_\_\_\_\_

COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_ TELEFONES DE CONTATO \_\_\_\_\_

Local e data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_