



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

TERMO DE RESPONSABILIDADE

**PROCESSOS DE PAGAMENTO DE DESPESAS DE EXERCÍCIOS ANTERIORES
DEVOLUÇÃO DE VALORES REFERENTES A GREVE DE 16 DE JUNHO A 16 DE JULHO DE 2009**

ASSINALAR COM (X) A SITUAÇÃO DE SERVIDOR OU PENSIONISTA E PREENCHER APENAS UMA OPÇÃO

() **(Servidores e aposentados)**

Eu _____,
CPF: _____, matrícula SIAPE _____, ocupante do cargo de _____
_____, classe: _____, padrão _____,
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 por Autorização de Pagamento, referente à devolução dos descontos da greve de 16/06 a 16/07/2009.

OU

() **(Pensionistas)**

Eu _____,
CPF: _____, na condição de dependente do(a) servidor(a) _____,
falecido(a) em ____/____/____, 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, referente à devolução de descontos da greve de 16/06 a 16/07/2009, do(a) servidor(a) instituidor(a)

DADOS PARA CORRESPONDÊNCIA:

ENEDEREÇO: _____, Nº: _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____ UF: _____ CEP: _____

E-MAIL: _____ TELEFONES DE CONTATO _____

Local e data _____/____/____

ASSINATURA: _____