



**TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO**

SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS

COORDENADORIA 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)