



**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**SÃO PAULO PREVIDÊNCIA**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL**

Eu, \_\_\_\_\_,  
inscrito no CPF/MF sob o nº \_\_\_\_\_ na qualidade de  
**representante legal** do beneficiário \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, inscrito no CPF/MF sob o  
nº \_\_\_\_\_, pelo presente Termo de Responsabilidade  
comprometo-me a comunicar à São Paulo Previdência - SPPREV o óbito ou a  
emancipação do beneficiário acima, no prazo de 30 (trinta) dias contados do fato,  
mediante a apresentação da respectiva certidão.

Estou ciente que o descumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar à  
devolução de importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á  
à responsabilização penal.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

\_\_\_\_\_  
Representante Legal