

DECLARAÇÃO DE PROVA DE VIDA

Nº ____ / ____

DADOS PESSOAIS DO PARTICIPANTE / PENSIONISTA

Nome:		Matrícula Agros:
Endereço:		Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:
Telefone:	Celular:	Data de Nascimento:
E-mail:		

DECLARAÇÃO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, XXXXX, na qualidade de () Representante Legal/mãe/pai () Curador / Tutor do assistido acima identificado, conforme instrumento legal incluso, pelo presente Termo de Responsabilidade, atesto que o assistido identificado acima está vivo e comprometo-me a comunicar ao Agros o óbito do assistido, no prazo de 30 dias contados do fato, mediante a apresentação da respectiva certidão.

Estou ciente que o descumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar a devolução de importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á as penalidades previstas nos artigos 171 e 299 ambos do Código Penal.

XXX, ____ de ____ de 2024.

Representante legal ou Curador/Tutor

CÓDIGO PENAL

Art. 171 – Obter, para si ou para outrem, vantagem ilícita, em prejuízo alheio, induzindo ou manter alguém em erro, mediante artifício, ardil ou qualquer outro meio fraudulento.

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar, obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

RECIBO

Comprovante de entrega do formulário de Prova de Vida de Participante Assistido - Agros – 2024

Nome:

Matricula Agros:

Carimbo e a assinatura do funcionário

____/____/____
Data