

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente TERMO DE RESPONSABILIDADE eu,
_____, matrícula nº _____,
portador (a) do RG nº _____, e inscrito (a) no CPF sob o nº _____,
residente e domiciliado no endereço

_____,
assumo inteira responsabilidade pela veracidade da documentação apresentada ao
Instituto de Previdência dos Servidores do Município de Teresina (IPMT).

Declaro minha inteira responsabilidade pelas informações prestadas, estando ciente de
que a falsidade nas informações acima implicará nas penalidades cabíveis, previstas no
art. 299 do Código Penal e às demais cominações legais aplicáveis.

Teresina, _____ de _____ de _____

Declarante

