



PCTT: 26.107.19

## TERMO DE RESPONSABILIDADE SOBRE CARTEIRAS

REGISTRO

### IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

NOME

CARTEIRA DE IDENTIDADE

RESIDÊNCIA / DOMICÍLIO

CPF

### SOLICITAÇÃO

Eu, acima identificado, assumo total responsabilidade por qualquer despesa realizada a partir desta data, junto à Rede Credenciada, advinda do uso ilegal da(s) Carteira(s) de Beneficiários abaixo relacionada(s). Não tendo cumprido as obrigações de desligamento do Pro-Social, estou ciente de que este Termo somente será anulado com a devolução da(s) Carteira(s), sem contudo implicar no cancelamento de despesa porventura efetuada.

NOME

Informo que a(s) referida(s) Carteira(s) não foi (foram) devolvida(s) por motivo de \_\_\_\_\_

### AUTENTICAÇÃO

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO