**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

**REQUERIMENTO DE ENCERRAMENTO DE PLANO DE BENEFÍCIOS**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, órgão emissor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, diretor-executivo da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Entidade), Atestado de Habilitação nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para fins de instrução do presente requerimento de encerramento de plano de benefícios,

**DECLARO**

1. que o encerramento do plano de benefícios foi aprovado pelo órgão estatutário competente da Entidade, observadas as disposições estatutárias e regimentais;
2. a legitimidade de todos os signatários dos documentos que embasaram o processo; e
3. a inexistência de patrimônio no plano de benefícios, bem como registro em fundos de investimentos ou imóveis vinculados ao referido plano; e
4. a inexistência de pendências administrativas ou judiciais envolvendo patrocinadores, participantes ou assistidos ou Entidade, relativamente ao plano de benefícios.

A inexatidão das declarações desta comunicação ou a divergência entre a documentação digitalizada enviada em relação à documentação original, bem como a violação ao dever de guarda, poderá implicar as sanções previstas na legislação pertinente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(assinatura)