



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) sob nº _____, representando o(a) beneficiário(a) _____ a fim de receber pagamento do benefício de pensão por morte, o qual o(a) beneficiário(a) citado tem direito por ser incapaz para os atos da vida civil, declaro estar ciente de que, no prazo de 6 (seis) meses a contar desta data, deverei apresentar o documento para comprovação de representação legal do beneficiário ou o comprovante do requerimento judicial de representação legal, a cada 6 (seis) meses até que seja expedido o respectivo documento, e concordo em assumir o compromisso deste termo.

Local e Data: _____, ____/____/____

Assinatura: _____