



**DIRETORIA GERAL DO SERVIR  
GERÊNCIA DE CADASTRO E ASSISTÊNCIA AO SEGURADO**

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo assinado (a), \_\_\_\_\_, portador(a) do CPF: \_\_\_\_\_ do RG \_\_\_\_\_, ocupante do cargo de \_\_\_\_\_ lotado(a) no(a) \_\_\_\_\_, DECLARO para os fins de direito que aos \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, requeri minha exclusão(\_\_\_\_) ou a exclusão do(s) dependente(s) (\_\_\_\_), do SERVIR e que deixei de fazer a devolução da(s) carteira(s) de identificação do(s) beneficiário(s), conforme relação abaixo), tendo em vista o fato de não estar de posse desse(s) documento(s) neste ato. DECLARO mais que são de minha responsabilidade o ônus de eventual utilização indevida da(s) mencionadas carteira(s) de identificação, e que, desde já, autorizo consignar em folha de pagamento todo e qualquer débito gerado em razão da não devolução aqui mencionada.

Por ser verdade assino o presente termo em 02 vias de igual teor e conteúdo.

NOME DO BENEFICIÁRIO	TIPO DE DEPENDÊNCIA	NÚMERO DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

Local e data, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
O DECLARANTE