

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que recebi nesta data, senha que permite acesso aos serviços disponibilizados na *Internet* pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Tenho conhecimento que o acesso às informações por meio dessa senha é de minha inteira responsabilidade.

Comprometo-me a zelar pelo absoluto sigilo da senha e, também, a solicitar o cancelamento da senha caso ocorra qualquer alteração da representatividade legal que hoje detenho.

Declarante _____

Endereço _____

Bairro _____

Cidade _____

UF _____

CEP _____

CPF _____

Telefone _____

Local e Data	Assinatura do Responsável pela Empresa
--------------	--