

TERMO DE RESPONSABILIDADE
(CONCESSÃO DE SALÁRIO-FAMÍLIA - PORTARIA Nº MPAS - 3.040/82)

EMPRESA: **PREFEITURA MUNICIPAL DE VERANÓPOLIS**

CNPJ: 98.671.597/0001-09

NOME DO SEGURADO:

CTPS OU DOCUMENTO DE IDENTIDADE:

BENEFICIÁRIOS

NOME DO FILHO	DATA DO NASCIMENTO

Pelo presente TERMO DE RESPONSABILIDADE declaro estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência dos seguintes fatos ou ocorrências que determinem a perda do direito ao salário-família.

- ÓBITO DE FILHO;
- CESSAÇÃO DA INVALIDEZ DE FILHO INVÁLIDO;
- SENTENÇA JUDICIAL QUE DETERMINE O PAGAMENTO A OUTREM (Casos de desquite ou separação, abandono de filho ou perda do pátrio poder).

Estou ciente, ainda, de que a falta de cumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar à devolução das importâncias indevidas, sujeitar-me-á às penalidades previstas no art. 171 do Código Penal e à rescisão do contrato de trabalho, por justa causa, nos termos do art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho.

LOCAL: VERANÓPOLIS/RS

DATA:

ASSINATURA