

TERMO DE RESPONSABILIDADE

(CONCESSÃO DE SALÁRIO FAMILIA - PORTARIA No.MPAS - 3.040/82)

Empresa:

CNPJ:

Nome do Segurado:

CTPS:

Série:

Nome do Filho	CPF	Data de Nascimento

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

- ÓBITO DO FILHO;
- CESSAÇÃO DA INVALIDEZ DO FILHO INVALIDO;
- 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 recebidas indevidamente, sujeitar-me-á às penalidades previstas no art. 171 do código Penal e a rescisão do contrato de trabalho, por justa causa, no termos do art. 482 da CLT.

Porto Alegre, ____/____/____

EMPREGADO