



**PREVIDÊNCIA SOCIAL**

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

(CONCESSÃO DE SALÁRIO-FAMÍLIA - PORTARIA Nº MPAS - 3.040/1982)

Empresa

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CASTILHO**

Nº CNPJ

**45.663.556/0001-04**

Nome do Segurado(a) - (Nome do(a) Servidor(a))

Matrícula

--	--

Nº Identidade (RG) do(a) Servidor(a)

Nº CPF do(a) Servidor(a)

--	--

### BENEFICIÁRIOS

NOME DO FILHO(a)	DATA NASC.	Nº CPF

Pelo presente **TERMO DE RESPONSABILIDADE** declaro estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência dos seguintes fatos ou ocorrência 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 prevista no art. 171 do Código Penal e à rescisão do contrato de trabalho, por justa causa, nos termo do art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho.

LOCAL

DATA

<b>Castilho/SP</b>	
--------------------	--

### RECEBIMENTO

**Departamento de Recursos Humanos**

.....  
Assinatura