PREVIDÊNCIA SOCIAL

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

EMPRESA Nº CNPJ

NOME DO SEGURADO

CTPS OU DOC 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 DATA

Impressão Digital

ASSINATURA