

TERMO DE RESPONSABILIDADE

(CONCESSÃO DE SALÁRIO-FAMÍLIA)

Empregador

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Funcionário

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Carteira de Trabalho Número: _____

Carteira de Trabalho Série: _____

Beneficiários

Nome do dependente	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 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

_____, ____ de _____ de _____

Empregador

Funcionário

