



DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL

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

Órgão: Município de Santa Cruz do Sul	
Nome do Segurado:	
CTPS ou Documento de Identidade:	
NOME DO FILHO	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.

Santa Cruz do Sul, _____ de _____ de _____.

Assinatura: _____