



ANEXO VIII

TERMO DE RESPONSABILIDADE (CONCESSÃO SALÁRIO FAMÍLIA)

Fonte Pagadora: PREFEITURA DE PESCARIA BRAVA

Nome do declarante: _____

CPF n°: _____

BENEFICIÁRIOS

Nome do Filho(a)	Data de nascimento

() NÃO HÁ BENEFICIÁRIOS

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 de filho;
- de cessação da invalidez de filho inválido;
- Sentença judicial que determine o pagamento a outrem (caso de desquite ou separação, abandono de filho ou perda do pátrio poder).

Ciente da proibição da dedução de um mesmo dependente por ambos os cônjuges e ainda, de que a falta de cumprimento ora assumido, além de obrigar a devolução das importâncias recebidas indevidamente, sujeitar-me-á às penalidades previstas no artigo 171 do Código Penal e à rescisão de contrato de trabalho por justa causa, nos termos do artigo 482 da consolidação das Leis do Trabalho.

Pescaria Brava, _____, de _____, de 20__.

Assinatura do declarante