

## Termo de responsabilidade para fins de salário-família

\_\_\_\_\_ (nome da empresa)

### Dados do empregado

(Nome do empregado), (função/cargo), Carteira de Identidade nº (xxx), CPF nº (xxx), Carteira de Trabalho nº (xxx) e série (xxx).

Beneficiários:

Nome do filho ou equiparado

Data de nascimento

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pelo presente termo de responsabilidade, declaro estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência dos seguintes fatos ou situações que venham a acarretar a perda do direito ao benefício do salário-família, tais como:

- Óbito de filho ou equiparado
- Cessação da invalidez de filho inválido ou equiparado
- Sentença judicial que confira o direito ao pagamento do benefício a outrem

Declaro ainda que estou ciente que a falta de cumprimento da obrigação ora assumida ensejará a devolução das importâncias indevidamente recebidas, bem como a aplicação de eventuais penalidades previstas em lei.

Cidade, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do empregado)

Recebido em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do empregador)