



Ao Presidente da Câmara Municipal
C/C Diretor Geral

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA CONCESSÃO DE SALÁRIO FAMÍLIA

DADOS DO SERVIDOR				
Nome				
CPF		RG		Órgão Expedidor
Cargo				Matrícula
Lotação				

DECLARO, em conformidade com a legislação vigente, que possuo os seguintes dependentes para fins do benefício do salário-família:

NOME DO FILHO(A)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	CPF

Pelo presente TERMO DE RESPONSABILIDADE declaro estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência dos seguintes fatos que determinam a perda do direito ao salário-família: falecimento do filho, cessão da invalidez de filho inválido e sentença judicial que determine o pagamento a outro (nos 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 a devolução das importâncias recebidas indevidamente, sujeitar-me-á as penalidades previstas no art. 171 do Código Penal, sem prejuízo de abertura de sindicância para apuração de irregularidades.

Ouro Preto, _____ de _____ de 20____.

(Assinatura do servidor)