

## TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA FINS DE SALÁRIO-FAMÍLIA

(Concessão de Salário-Família – PORTARIA INTERMINISTERIAL MPS/MF Nº 2, DE 11 DE JANEIRO DE 2024)

**Matrícula:** \_\_\_\_\_ **Instituição:** ( ) SESC ( ) SENAC

**Unidade:** \_\_\_\_\_

**Nome do funcionário:** \_\_\_\_\_

**Cargo/Função:** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_

Beneficiários:

Nome do filho ou equiparado (Sem abreviações)	Data de nascimento

Por meio deste termo, declaro estar ciente da minha responsabilidade em comunicar, imediatamente, qualquer ocorrência que possa acarretar a perda do direito ao benefício do salário-família, incluindo:

- Óbito de filho ou dependente equiparado;
- Cessação da condição de invalidez de filho inválido ou dependente equiparado;

Estou ciente de que o descumprimento dessa obrigação poderá resultar na devolução dos valores recebidos indevidamente, aplicação de penalidades previstas em lei (art. 171 do Código Penal) e rescisão do contrato de trabalho por justa causa, conforme o art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do funcionário