**TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA CONCESSÃO DO SALÁRIO FAMÍLIA**

  Eu, (Nome do Empregado), (Nacionalidade), (Estado Civil), (Profissão), Carteira de Identidade nº (.........................), C.P.F. nº (..........................), Carteira de Trabalho nº (............) e série (.......), residente e domiciliado na Rua (....................), nº (...), bairro (..........), Cep (................), Cidade (................), no Estado (...), firmo o presente Termo de Responsabilidade perante a Empresa (Nome do Empregador), com sede em (...............), na Rua (.................................), nº (...), bairro (.........), Cep (................), no Estado (...), inscrito no C.N.P.J. sob o nº (........), e no Cadastro Estadual sob o nº (..............), declarando fazer jus à percepção do salário família, em razão do(s) seguinte(s) dependente(s):

Dependente (.......................................)

Grau de Parentesco (................)

Data de Nascimento (..../...../......)

Declaro estar ciente de que deverei comunicar, quando de sua ocorrência e imediatamente após, os seguintes fatos, eis que determinem a perda do direito ao salário família:

I - ÓBITO DO FILHO

II - CESSAÇÃO DA INVALIDEZ DE FILHO INVÁLIDO

III - SENTENÇA JUDICIAL QUE DETERMINE O PAGAMENTO A OUTREM

Declaro, ainda, estar ciente de que o descumprimento do presente Termo de Compromisso, além de obrigar a devolução das importâncias recebidas indevidamente, implicará nas penalidades previstas no artigo 171 do Código Penal, além da rescisão do contrato de trabalho, por justa causa, nos termos do art. 482 da CLT.

(Local, data e ano).

(Nome e Assinatura do Empregado)