

SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

Gerência de Recursos Humanos

Praça Barão do Rio Branco, 12, Pilar - Ouro Preto/MG – 35.402-045

(31) 3559-3219

grh.atendimento@ouopreto.mg.gov.br**www.ouopreto.mg.gov.br****TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA CONCESSÃO DO SALÁRIO-FAMÍLIA**

Eu, _____ CPF: _____
CI: _____, lotado(a) na Secretaria Municipal _____,
declaro, em conformidade com a legislação vigente, que possuo os seguintes dependentes para
fins do benefício do salário-família:

Nome do filho	Data de nascimento

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: ÓBITO DE FILHO; CESSAÇÃO DA INVALIDEZ DE FILHO INVÁLIDO; SENTENÇA JUDICIAL QUE DETERMINE O PAGAMENTO A OUTREM (casos de separação ou divórcio, 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, sujeitarme-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(A) SERVIDOR(A)