

DECLARAÇÃO DE SALÁRIO FAMÍLIA

TERMO DE RESPONSABILIDADE

(Concessão de Salário Família – Portaria Nº MPAS – 3.0/82)

EMPRESA:

Fundação Municipal de Saúde

CNPJ:

055.22917-0001/70

NOME SERVIDOR (A)

MATRÍCULA OU CPF:

BENEFÍCIO SALÁRIO FAMÍLIA		NOME DO FILHO (S)	DATA DE NASCIMENTO
	01		
	02		
	03		
	04		
	05		
	06		
	07		
	08		
	09		
	10		

DIA	MÊS	ANO
TERESINA, (PI)	____/	____/____
_____ ASSINATURA COMPLETA DO SERVIDOR (A)		

Pelo presente **Termo de Responsabilidade**, declaro estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência dos seguintes fatos ou ocorrências que termine a perda do direito ao Salário Família:

- Óbito do filho (a);
- Cessação da invalidez de filho inválido;
- Setença judicial que determine o pagamento a outro.