

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE SALÁRIO-FAMÍLIA/ABONO FAMÍLIA
E IMPOSTO DE RENDA

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO FELIZ

NOME DO SEGURADO: _____

SALÁRIO FAMÍLIA / ABONO FAMÍLIA:

NOME DO FILHO	DATA DE NASCIMENTO

IMPOSTO DE RENDA:

NOME DO DEPENDENTE	DATA DE NASCIMENTO	GRAU DE DEPENDÊNCIA

Pelo presente **TERMO DE RESPONSABILIDADE**, declaro estar ciente de que deverei comunicar imediatamente a ocorrência dos seguintes fatos que determinem a perda do direito ao salário-família, bem como a exclusão da dependência para fins de imposto de renda:

1. Óbito do dependente.
2. Cessação da invalidez do filho inválido.
3. Sentença judicial que determine o pagamento a outrem.
4. Maioridade dos dependentes.

Assinatura do servidor (a)

Assinatura do empregador

Alto Feliz, ____ de _____ de _____

- Possui benefício do Seguro Desemprego? Sim () Não ()
- Possui A o Fiscal conduzida por Auditor Fiscal do Trabalho? Sim () Não ()
- Contribui para Sindicato? Sim () Não () Valor R\$ _____.
- Informar Raça/Cor: () Amarela; () Branca; () Indígena; () Parda; () Preta.