|  |  |
| --- | --- |
| **DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA** |  |
| 1. DADOS PESSOAIS |
| Todos os campos são de preenchimento obrigatório |
|  |  |
| Patrocinadora      | Matrícula no Plano      |
| Nome Completo do Participante (sem abreviações)      | CPF Nº      |
| CEP      | Endereço (Logradouro)      | Número      |
| Complemento      | País      | UF   | Município      | Bairro      |
| Telefone Comercial(  )       | Telefone Celular(  )       | Telefone Residencial(  )       | E-mail      |
| 2. DEPENDENTES PARA IMPOSTO DE RENDA |
| 2.1 | NOME COMPLETO DO DEPENDENTE       | GRAU DE PARENTESCO      |
| SEXO | INVÁLIDO | CURSA NÍVEL SUPERIOR |  DATA DE NASCIMENTO |
| [ ]  F [ ]  M | [ ]  SIM [ ]  NÃO | [ ]  SIM [ ]  NÃO |    /  /  |
| 2.2 | NOME COMPLETO DO DEPENDENTE       | GRAU DE PARENTESCO      |
| SEXO | INVÁLIDO | CURSA NÍVEL SUPERIOR |  DATA DE NASCIMENTO |
| [ ]  F [ ]  M | [ ]  SIM [ ]  NÃO | [ ]  SIM [ ]  NÃO |    /  /  |
| 2.3 | NOME COMPLETO DO DEPENDENTE       | GRAU DE PARENTESCO      |
| SEXO | INVÁLIDO | CURSA NÍVEL SUPERIOR |  DATA DE NASCIMENTO |
| [ ]  F [ ]  M | [ ]  SIM [ ]  NÃO | [ ]  SIM [ ]  NÃO |    /  /  |
| 2.4 | NOME COMPLETO DO DEPENDENTE       | GRAU DE PARENTESCO      |
| SEXO | INVÁLIDO | CURSA NÍVEL SUPERIOR |  DATA DE NASCIMENTO |
| [ ]  F [ ]  M | [ ]  SIM [ ]  NÃO | [ ]  SIM [ ]  NÃO |    /  /  |
| 2.5 | NOME COMPLETO DO DEPENDENTE       | GRAU DE PARENTESCO      |
| SEXO | INVÁLIDO | CURSA NÍVEL SUPERIOR |  DATA DE NASCIMENTO |
| [ ]  F [ ]  M | [ ]  SIM [ ]  NÃO | [ ]  SIM [ ]  NÃO |    /  /  |
| 3. DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE/BENEFICIÁRIO |
| Declaro que as pessoas acima relacionadas são meus dependentes para fins de cálculo do Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF) e que nenhum desses dependentes têm rendimentos tributáveis, nem considerado junto a outra fonte pagadora, ou por outro declarante para esta mesma finalidade. Declaro ainda que a informação aqui prestada é verdadeira e de minha inteira responsabilidade, não cabendo ao MultiBRA Fundo de Pensão nenhuma responsabilidade perante a fiscalização.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ASSINATURA DO PARTICIPANTE/BENEFICIÁRIO (Firma reconhecida) |

Encaminhar uma via deste documento assinado para: **MultiBRA Fundo de Pensão**

Rua Tenente Francisco Ferreira de Souza, 805, Bloco 1 Ala 1 / Vila Hauer – Curitiba / PR – CEP 81.630-010

Central de Atendimento: 4004-5926 (Capitais e regiões metropolitanas) / 0800-723-5926 (Demais localidades)