|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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)