

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome				Matrícula			
Data de nascimento				Estado civil			
Logradouro						Número	
Complemento		Cidade		Estado		CEP	
E-mail				Telefone fixo		Telefone celular	

INCLUSÃO DE DEPENDENTES

Nome	Grau de parentesco	Data de nascimento	Estado civil	Telefone celular	Sexo (F/M)	Invalidez (S/N)	IRRF* (S/N)

* Dependentes para fins de declaração do Imposto de Renda Retido na Fonte.

Campo de preenchimento OBRIGATÓRIO para participantes que não possuem dependentes a declarar.

Não tenho dependentes a declarar.

EXCLUSÃO DE DEPENDENTES EXISTENTES EM SEU CADASTRO *

Nome	Grau de parentesco	Data de nascimento	Motivo da exclusão

* Os dependentes constantes no seu cadastro na FUNCEF e não indicados para exclusão serão mantidos, além daqueles aqui declarados.

Atenção! Favor encaminhar apenas uma via. A FUNCEF não protocola a 2ª via.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que as informações prestadas neste documento são verdadeiras e tenho ciência de minha exclusiva responsabilidade tributária, administrativa, civil e criminal que decorre desta declaração.

Comprometo-me a comunicar à FUNCEF qualquer alteração sobre a perda de condição de dependente de pessoas ora declaradas ou inclusões de novos dependentes.

Local e data: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante