

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	CPF ¹	Grau de parentesco	Data de nascimento	Estado civil	Telefone celular	Sexo (F/M)	Invalidez (S/N)	IRRF ² (S/N)

¹ Em conformidade com a Receita Federal do Brasil, é obrigatório o Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), dependentes para fins de imposto de renda.

² Dependente para fins de declaração do Imposto de Renda Retido na Fonte. Para o empregado com contrato ATIVO na Patrocinadora, a indicação de dedução de imposto de renda deve ser realizada junto à fonte pagadora.

³ Para os dependentes indicados para imposto de renda na condição de inválido, deverá ser enviado à FUNCEF laudo médico que comprove a invalidez.

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

Não tenho dependentes a declarar.

EXCLUSÃO DE DEPENDENTES EXISTENTES EM SEU CADASTRO⁴

Nome	Grau de parentesco	Data de nascimento	Motivo da exclusão

⁴ 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 2º 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