

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

## DADOS DE CONTATO DO(S) DEPENDENTE(S) EM CASO DE ÓBITO

Nome	E-mail	Telefone

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

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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 CADASTRO<sup>4</sup>

Nome	Grau de parentesco	Data de nascimento	Motivo da exclusão

<sup>4</sup> 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