**DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES / BENEFICIÁRIOS – 2022**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fonte(s) Pagadora(s)  **PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRADOR** | | | | | |
| NOME DO DECLARANTE ( FUNCIONÁRIO ) | | | | | |
| DATA NASCIMENTO | | CPF DECLARANTE | IDENTIDADE (número, data e procedência) | | ESTADO CIVIL |
| ENDEREÇO | | | | | TELEFONE (DDD e número)  **(44)** |
| BAIRRO | CIDADE | | | UF  PR | CEP |
| **DEPENDENTES / BENEFICIÁRIOS** | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Seq** | **Nome** | **Vinculo** | **Estado Civil** | **Data Nasc.** | **SEXO** | **INVALI**  **DO** | **IRRF** | **CPF** |
| **01** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **02** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **03** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **04** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **05** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **06** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **DECLARAÇÃO**  **DECLARO,** sob as penas da Lei, que as pessoas acima relacionadas são meus dependentes, não cabendo a V. Sª, como fonte(s) pagadora(s), nenhuma responsabilidade perante a fiscalização.  **Declaro,** ainda, que estou ciente:  a) da proibição, no caso de cônjuge, da utilização de um mesmo dependente para deduções relativas a Imposto de Renda;  b) da comunicação de imediato a ocorrência de fatos que determinam a perda da condição de dependente para fins do Imposto de Renda ou salário-família INSS, tais como óbito, cessação de invalidez, sentença judicial, cessão de dependência econômica ou casamento de dependente.  **MIRADOR, \_\_\_\_de AGOSTO de 2022.**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **LOCAL E DATA**  **ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO**  Observação:  a) Sempre que ocorrer alteração de dependente/beneficiário, deverá ser apresentada uma nova declaração. |