



DECLARAÇÃO DE ENCARGOS DE FAMÍLIA PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA

Em obediência à legislação do Imposto de Renda, venho pela presente informar-lhes que tenho como encargo(s) de família, a(s) pessoa(s) abaixo relacionada(s):

| DEPENDENTES CONSIDERADOS COMO ENCARGOS DE FAMÍLIA | | | | | |
|---|---------|------|------------|------------|--------------|
| NOME COMPLETO | CPF (1) | SEXO | NASCIMENTO | PARENTESCO | SITUAÇÃO (2) |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

NOTA:
(1) O campo "CPF" deverá ser informado quando a idade do dependente for maior ou igual a 8 anos, nos termos da Instrução Normativa RFB nº 1.760/2017.
(2) O campo "SITUAÇÃO" deverá ser informado quando se tratar de dependente universitário (de 21 a 24 anos) ou incapaz (física ou mentalmente para o trabalho).
Renovar esta declaração sempre que ocorrer alteração na situação do dependente.

Declaro sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha responsabilidade, não cabendo à CAPAF (Fonte Pagadora) qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

Anexar a esta declaração o Extrato Atualizado do Pagamento da Renda Mensal INSS

Matrícula: _____ Nome _____

C. P. F.: _____ Dt. Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Número: _____ CEP: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

E-mail: _____ Estado Civil: _____

PEP- Pessoa Exposta Politicamente: () Não () Sim - Qual Cargo de Ocupação: _____

considera-se Pessoa Exposta Politicamente o agente público que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos cinco anos, cargo, emprego ou função pública relevante, assim como seus parentes na linha direta, até o primeiro grau, cônjuge, companheiro(a) e enteado(a), representantes e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

_____, ____/____/____.

(Local) (Data)

(Assinatura do Declarante)

USO DA CAPAF

Dados Incluídos na FOPAG de mês: ____/____ Extrato do Pagamento INSS enviado () Sim () Não

Informações Conferidas/Confirmadas por: _____ Data ____/____/____