



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS – DRH

FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA

NOME DO DECLARANTE:					
CPF:				ESTADO CIVIL:	
ENDEREÇO:				CEP:	
BAIRRO:		CIDADE:		TELEFONE:	
Nome completo dos dependentes	Grau de parentesco	Data de Nascimento	Cidade de Nascimento	Universitário até 24 anos (anexar comprovante de matrícula)	Possui algum tipo de deficiência
CPF:					
CPF:					

Para fins do Imposto de Renda, declaro que é ou são meu(s) dependente(s) a(s) pessoa(s) acima relacionada(s).

Declaro, ainda, que este(s) dependente(s) vivem(m) sob minha dependência econômica, visto não perceber(em) rendimentos tributáveis ou não, superiores ao limite de isenção, conforme Art. 35, Inciso VI da Lei nº 9250/95.

Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das informações declaradas, ciente de que, se falsa a declaração, ficarei sujeito às penas da Lei.

(CIDADE), ____ de _____ de _____

ASSINATURA