**DECLARAÇÃO DE ENCARGOS DE FAMÍLIA (IMPOSTO DE RENDA)**

|  |
| --- |
| **Nome da Empresa:** CÂMARA MUNICIPAL DE NOVA ODESSA |
| **Endereço:** AVENIDA JOÃO PESSOA, 1599, BOSQUE DOS CEDROS |
| **Cidade:** NOVA ODESSA | **UF:** SP | **CEP:** 13380-094 |
| **CNPJ:** 01.626.427/0001-62 | **I.E.:** ISENTO |

Em obediência à legislação do Imposto de Renda, venho pela presente informa-lhes que tenho como encargo de família as pessoas abaixo relacionadas.

**DEPENDENTES CONSIDERADOS PARA IMPOSTO DE RENDA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome completo** | **Relação de dependência** | **Data Nasc** | **CPF dependente** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Declaro sob pena de Lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo à V. sa.(s) (fonte pagadora) qualquer responsabilidade perante à fiscalização.

 Nova Odessa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do empregado

|  |
| --- |
| **Nome do Empregado:**  |
| **Endereço:**  |
| **Bairro:**  | **CEP:**  |
| **Cidade:**  | **U.F:**  |
| **CPF:**  | **R.G:**  |
| **Estado Civil:**  | **CTPS:**  |

**OBSERVAÇÃO:** Renovar esta declaração sempre que ocorrer alteração dos dados acima.