

## ANEXO IV

### FICHA CADASTRAL E DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES DO TRABALHADOR AUTÔNOMO

|                      |  |                  |  |
|----------------------|--|------------------|--|
| Nome Completo:       |  |                  |  |
| CPF:                 |  | PIS ou PASEP:    |  |
| CNI:                 |  | Data de Emissão: |  |
| Local de Nascimento: |  | Data de Nasc.:   |  |
| Escolaridade:        |  | Cor:             |  |
| E-mail:              |  |                  |  |
| Telefone:            |  | Celular:         |  |
| Endereço:            |  |                  |  |
| CEP:                 |  | Cidade:          |  |

#### Relação dos Dependentes do IRRF

| Nome Completo | Grau de Parentesco | Nascimento | CPF |
|---------------|--------------------|------------|-----|
|               |                    |            |     |
|               |                    |            |     |
|               |                    |            |     |
|               |                    |            |     |

Declaro serem verdadeiras as informações acima, pelas quais assumo inteira responsabilidade, podendo comprová-las a qualquer momento, desde que solicitado a fazê-lo, pela Entidade ou por órgão da Receita Federal.

Palmas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Assinatura

## ANEXO V

### DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA – INSS

|                      |  |                  |  |
|----------------------|--|------------------|--|
| Nome Completo:       |  |                  |  |
| CPF:                 |  | PIS ou PASEP:    |  |
| CNI:                 |  | Data de Emissão: |  |
| Local de Nascimento: |  | Data de Nasc.:   |  |
| Escolaridade:        |  | Cor:             |  |
| E-mail:              |  |                  |  |
| Telefone:            |  | Celular:         |  |
| Endereço:            |  |                  |  |
| CEP:                 |  | Cidade:          |  |

Declaro sob as penas da lei, que presto serviços para outra fonte pagadora abaixo identificada, a qual efetua retenção e o recolhimento para o INSS:

|                                                |                               |                 |  |
|------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------|--|
| Empresa:                                       |                               |                 |  |
| CNPJ:                                          |                               |                 |  |
| Endereço:                                      |                               |                 |  |
| Município:                                     |                               | Estado:         |  |
| Celular:                                       |                               |                 |  |
| Tipo de Vínculo com a empresa acima informada: |                               |                 |  |
|                                                | 101 – Empregado               |                 |  |
|                                                | 701 - Contribuinte Individual |                 |  |
|                                                | Outro:                        |                 |  |
| Mês /Ano                                       | Base INSS                     | INSS descontado |  |
|                                                |                               |                 |  |

Na hipótese de, por qualquer razão, deixar de receber remuneração ou receber remuneração inferior à indicada nesta declaração, pela complementação da contribuição previdenciária, observado o limite máximo estabelecido.

A presente declaração, ao qual mantereí uma cópia em meu poder juntamente com os comprovantes de pagamento para apresentação ao INSS quando solicitado, está em conformidade com o disposto no § 3º do Art. 36 da Instrução Normativa 2110 da RFB de 17 de outubro de 2022.

Por ser verdade, firmo a presente declaração, ficando sob minha responsabilidade qualquer sanção imposta pela Auditoria Fiscal do INSS decorrente de seus efeitos.

Palmas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

Assinatura