| CONCURSO Nº 04: PROJETO PAREDE |
| --- |

ANEXO IV

| **FICHA CADASTRAL E DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES DO IMPOSTO DE RENDA DO**  **TRABALHADOR AUTÔNOMO** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome Completo: |  | | |
| CPF: |  | | |
| RG: Órg. e Estado Emissor: |  | Data da Emissão: |  |
| PIS ou PASEP: |  | | |
| Local de nascimento: |  | Data de nasc.: |  |
| Escolaridade: |  | Cor: |  |
| E-mail: |  | | |
| Telefone com DDD: |  | | |
| Celular com DDD: |  | | |
| Endereço: |  | | |
| Cidade: |  | CEP: |  |

| **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 fazêlo, pela Entidade ou por órgão da Receita Federal.

Palmas,\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2023

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

Assinatura

| CONCURSO Nº 04: PROJETO PAREDE |
| --- |

ANEXO V

| **DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA – INSS** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome Completo: |  | | |
| CPF: |  | | |
| NIS / PIS: |  | | |
| Local de nascimento: |  | Data de nasc.: |  |
| E-mail: |  | | |
| Telefone com DDD: |  | | |
| Celular com DDD: |  | | |
| Endereço: |  | | |
| Cidade: |  | CEP: |  |

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 com DDD: |  | | |

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 manterei 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023.

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

Assinatura