

FORMULÁRIO DE DEPENDENTES PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA

Nome: _____ Matrícula: _____

Endereço Completo: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ Tel. Residencial: _____

Tel. Celular: _____ E-mail: _____

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo a V.Sa(s) (fonte pagadora) qualquer responsabilidade perante fiscalização.

Declaro ainda que, sempre que houver alteração nesta declaração, a mesma deverá ser renovada.

Nome Completo do(s) dependente(s)	Data de Nascimento do(s) dependente(s)	Grau de Parentesco

Declaro serem verdadeiras as informações acima citadas.

Para mais informações sobre nosso Termo de Uso e Política de Privacidade, acesse: https://fundacaoibm.com.br/pdf/TERMOS_DE_USO.pdf

Local/Data

Assinatura do(a) Participante

Encaminhar o documento digitalizado via e-mail para fpibm@sinqia.com.br e a via original pelos Correios para o endereço abaixo:

Rua Bela Cintra, 755 – 7º andar - São Paulo - SP

A/C Gerência de Operações SP/ Sinqia Previdência

Observação: Por medidas de segurança, o documento enviado digitalizado deve ser protegido por senha.

*Confidencial quando preenchido