



Assembleia Legislativa
do Estado do Ceará

INCLUSÃO OU EXCLUSÃO DE DEPENDENTE(S) PARLAMENTAR

1. PARLAMENTAR

Nome Parlamentar: _____

Matrícula: _____ Ramal: _____

2. DEPENDENTES

☐ **INCLUSÃO** (Preencher os Itens): 3. IMPOSTO DE RENDA - DECLARAÇÃO PARA FINS DE ABATIMENTOS

4. PREVIDÊNCIA PARLAMENTAR - DECLARAÇÃO PARA FINS DE INCLUSÃO

☐ **EXCLUSÃO**

IR: Imposto de Renda
PP: Previdência Parlamentar

Nome Completo (sem abreviar)	Grau de parentesco	Finalidade	
		IR	PP
_____	_____	☐	☐
_____	_____	☐	☐
_____	_____	☐	☐
_____	_____	☐	☐
_____	_____	☐	☐

3. IMPOSTO DE RENDA-IR

DECLARAÇÃO PARA FINS DE ABATIMENTO

- ☐ Se a última declaração do IR foi entregue no modelo simplificado: Declaro que o(s) dependente(s) acima assinalado(s) para fins de IR, vive(m) sob minha dependência econômica.
- ☐ Se não apresentou declaração do IR, do ano base anterior à Receita Federal: Declaro que o(s) dependente(s) acima assinalado(s) para fins de IR, vive(m) sob minha dependência econômica.
- ☐ Se a relação de dependência ocorreu após o término do ano-calendário anterior: Declaro que o(s) dependente(s) acima assinalado(s) para fins de IR e que não consta(m) na minha última Declaração de Imposto de Renda vive(m) sob minha dependência econômica.
- ☐ Para inclusão de companheiro(a) sem filho em comum: Declaro que eu e meu (minha) companheiro(a) temos vida em comum há mais de cinco anos.

4. PREVIDÊNCIA PARLAMENTAR-PP

DECLARAÇÃO PARA FINS DE INCLUSÃO

- ☐ Para inclusão de cônjuge ou companheiro(a): Declaro que eu e meu (minha) companheiro(a) formamos uma entidade familiar de convivência duradoura, pública e contínua, conforme incisos I e II do Art. 9 da Lei Complementar nº13 de 20/07/1999, D.O. de 20/07/1999.
- ☐ Para inclusão de menor de 21 anos ou inválido(s), sob guarda e responsabilidade: Declaro que o(s) menor(es) acima assinalado(s), do(s) qual(quais) detenho a guarda judicial e inválido(s), reside(m) em minha companhia e vive(m) sob minha dependência econômica.
- ☐ Para inclusão de menor(es) sob tutela judicial, que viva sob comprovada dependência do segurado: Declaro que o(s) menor(es) acima assinalado(s), do(s) qual(quais) detenho a tutela judicial, reside(m) em minha companhia e vive(m) sob minha dependência econômica.

Estou ciente de que no caso de inclusão de dependente inválido, deverá ser anexado a decisão da Junta Médica, e de que estou sujeito as penas da Lei em caso de declaração falsa.

Em ____ / ____ / ____

Assinatura do(a) Parlamentar