**(MODELO 1)**

**DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES**

**RETENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA FONTE SOBRE JETON**

Eu, ......................................, médico(a), CRM-PR n.º ..............., CPF n.º.................., registrado(a) no PIS/PASEP/NIT n.º ................, DECLARO, perante o CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, sob as penas da lei, para efeito de retenção de IRRF, que mantenho sob minha exclusiva dependência as pessoas abaixo relacionadas:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME DO  DEPENDENTE | DATA DE  NASCIMENTO | CPF | VÍNCULO DE PARENTESCO - DEPENDÊNCIA  (cônjuge, filho ....) | Filho ou enteado universitário ou cursando escola técnica de 2º grau |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Declaro, ainda, que estou ciente de que deverei comunicar imediatamente o Conselho Regional de Medicina do Paraná caso haja **qualquer alteração de dependente**.

Por ser verdade, assino a presente.

Curitiba, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019.

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

Assinatura