



# Colégio Imaculado Coração de Maria

Mantido pela Associação Instrutora Missionária

## ANEXO I

### DECLARAÇÃO DE ISENTO DE IMPOSTO DE RENDA

Nome: \_\_\_\_\_,  
inscrito (a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, portador (a) do RG nº  
\_\_\_\_\_, residente e domiciliado (a) na Rua  
\_\_\_\_\_,  
Nº: \_\_\_\_\_, Bairro: \_\_\_\_\_, Cidade: \_\_\_\_\_.

Declaro, para fins de direito, que é verdade tudo que foi exposto acima, sob as penas da Lei, e que amparado nos Artigos da Lei 7.115/83, sou isento de declarar o Imposto de Renda pelo(s) motivo(s):

- ( ) Receber rendimentos tributáveis cuja soma foi inferior ao determinado por Lei para pagamento de IR pessoa física.  
( ) Outro motivo.

Especificar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Declaro, ainda, que a afirmação acima é verdadeira e que estou ciente de que a omissão ou a falsidade das informações prestadas implicarão no pagamento integral do benefício concedido ilegalmente e na adoção das medidas judiciais cabíveis.

Autorizo a Comissão confirmar e averiguar as informações constantes nesta declaração.

E, por ser verdade, firmo a presente declaração.

Olinda, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura



# Colégio Imaculado Coração de Maria

Mantido pela Associação Instrutora Missionária

## ANEXO II

### DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO OU RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Nome: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_,  
portador (a) do RG nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado (a) na Rua  
\_\_\_\_\_  
Nº: \_\_\_\_\_, Bairro: \_\_\_\_\_, Cidade: \_\_\_\_\_.

DECLARO, sob as penas da Lei, que ( ) PAGO ou ( ) RECEBO mensalmente pensão alimentícia  
no valor mensal de R\$ \_\_\_\_\_,  
( \_\_\_\_\_ ) referente ao (a) meu(minha) filho(a)  
\_\_\_\_\_ pago por \_\_\_\_\_, grau  
de parentesco \_\_\_\_\_.

Declaro, ainda, que a afirmação acima é verdadeira e que estou ciente de que a omissão ou a falsidade das informações prestadas implicarão no pagamento integral do benefício concedido ilegalmente e na adoção das medidas judiciais cabíveis.

Autorizo a Comissão confirmar e averiguar as informações prestadas nesta declaração.

E, por ser verdade, firmo a presente declaração.

Olinda, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura



# Colégio Imaculado Coração de Maria

Mantido pela Associação Instrutora Missionária

## ANEXO III

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL (CTPS)

(Deve ser preenchido pela pessoa do Grupo Familiar que não possui Carteira de Trabalho e Previdência Social)

Nome: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_,  
portador (a) do RG nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado (a) na Rua  
\_\_\_\_\_  
Nº: \_\_\_\_\_, Bairro: \_\_\_\_\_, Cidade: \_\_\_\_\_.

DECLARO, para os devidos fins, e sob as penas da Lei, que não possuo Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS). Estou ciente de que ao POSSUIR o documento, iniciar emprego ou vir a ter renda, devo apresentar os comprovantes ao setor de Bolsas Filantrópicas para nova avaliação socioeconômica sob pena de indeferimento do pedido ou cancelamento da concessão da bolsa.

Declaro, ainda, que a afirmação acima é verdadeira e que estou ciente de que a omissão ou a falsidade das informações prestadas implicarão no pagamento integral do benefício concedido ilegalmente e na adoção das medidas judiciais cabíveis.

Autorizo a Comissão confirmar e averiguar as informações prestadas nesta declaração.

E, por ser verdade, firmo a presente declaração.

Olinda, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura



# Colégio Imaculado Coração de Maria

Mantido pela Associação Instrutora Missionária

## ANEXO IV

### DECLARAÇÃO DE MICROEMPREENDEDOR

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) na Rua \_\_\_\_\_, N°: \_\_\_\_\_, Bairro: \_\_\_\_\_, Cidade: \_\_\_\_\_.

DECLARO, para os devidos fins, que sou microempreendedor inscrito com o CNPJ: \_\_\_\_\_, desenvolvendo a atividade de: \_\_\_\_\_.

DECLARO, ainda, que a minha receita, auferida mensalmente neste ano de 2024, está demonstrada da seguinte forma:

MÊS	RECEITA
Janeiro	R\$
Fevereiro	R\$
Março	R\$
Abril	R\$
Mai	R\$
Junho	R\$
Julho	R\$
Agosto	R\$
Setembro	R\$
Outubro	R\$
Novembro	R\$

Declaro que a afirmação acima é verdadeira e que estou ciente de que a omissão ou a falsidade das informações prestadas implicará no pagamento integral do benefício concedido ilegalmente e na adoção das medidas judiciais cabíveis.

Autorizo a Comissão confirmar e averiguar a informação acima.

E, por ser verdade, firmo a presente declaração.

Olinda, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Microempreendedor