

**DECLARAÇÃO DE RENDA, BENS E DESPESAS**  
(deixar em branco informações inexistentes)

**1. Identificação do grupo familiar**

Nome:

---

Profissão:

---

Remuneração líquida (para comprovação, a depender do caso concreto, juntar CTPS; folha de pagamento; demonstrativo de benefício previdenciário; pró-labore, holerite, declaração de imposto de renda, devidamente atualizados):

Nome do cônjuge/companheiro(a):

---

Profissão do cônjuge/companheiro(a):

---

Remuneração líquida do cônjuge/companheiro(a) (para comprovação, a depender do caso concreto, juntar CTPS; folha de pagamento; demonstrativo de benefício previdenciário; pró-labore, holerite, declaração de imposto de renda, devidamente atualizados):

---

**Filhos que residem com a parte requerente:**

Nome	Idade	Remuneração líquida

--	--	--

**2. Algumas das pessoas acima possui aplicações financeiras:**

( ) Não *(apresentar documentação comprobatória)*

( ) Sim *(preencher tabela a seguir e apresentar a respectiva documentação)*

Nome	Valor atualizado da aplicação

**3. Algumas das pessoas acima possui bens móveis (automóveis, motocicletas, motonetas, máquinas agrícolas, similares):**

( ) Não *(apresentar documentação comprobatória)*

( ) Sim *(preencher tabela a seguir e apresentar a respectiva documentação)*

Nome	Tipo do bem móvel	Modelo/ano	É financiado (sim ou não)	Valor da parcela do financiamento

**4. Algumas das pessoas acima possui bens imóveis:**

( ) Não *(apresentar documentação comprobatória)*

( ) Sim *(preencher tabela a seguir e apresentar a respectiva documentação)*

Nome	Cidade do imóvel	Ano de aquisição	Valor	É financiado (sim ou não)	Valor da parcela do financiamento


**5. Valor mensal médio das despesas ordinárias da entidade familiar:**

<b>Tipo de despesa</b>	<b>Valor</b>
<b>Aluguel</b>	
<b>Energia elétrica</b>	
<b>Água</b>	
<b>Educação</b>	
<b>Financiamentos</b>	
<b>Plano de saúde</b>	
<b>Medicamentos</b>	
<b>Outras</b>	

Florianópolis \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**Assinatura da parte declarante**