



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

AUTORIZAÇÃO PARA INCLUSÃO DE CID

1 - IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A) APOSENTADO(A) OU PENSIONISTA:

Nome:	
Nome social:	
Data de Nascimento:	CPF:
Identidade:	Órgão emissor:

2 - AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a inclusão do CID da patologia prevista no Art. 1º da Lei nº 141052/2004, em Laudo Médico Pericial destinado à isenção de imposto de renda sobre proventos de aposentadoria ou pensão, visando atender a exigência da Receita Federal do Brasil, estabelecida através da Instrução Normativa nº 1500/2014, Art. 6º, § 5º, Inciso III.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) servidor(a) aposentado(a) ou pensionista