



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

REQUERIMENTO PARA AVALIAÇÃO DE ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA - APOSENTADO

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

Nome:	
Nome social:	
Matrícula SIAPE:	CPF:

1.2 - Dados complementares do servidor aposentado:

Endereço:	
Cidade/UF:	CEP:
Telefone (Residencial):	Telefone (Celular):

2 - DADOS DA APOSENTADORIA:

Nº Portaria:	Data de vigência:
DOU (Seção/Página):	Data de publicação:
Tipo de Aposentadoria:	
<input type="checkbox"/> Voluntária <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Compulsória <input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/> Proporcional	

3-REQUERIMENTO:

Solicito avaliação de Junta Médica, a fim de requerer a **isenção de Imposto de Renda na Fonte**, por ser portador de moléstia especificada conforme (art.6º, inciso XIV e XXI da Lei no 7.713, de 1988, alterada pela Lei no 11.052, de 2004) e pensão (art.47 item XXI da Lei nº 8.541, de 1992 e art.1º da Lei nº 11.052, de 2004). Declaro, ainda, estar ciente de que, quando convocado à inspeção de junta médica oficial, devo apresentar laudos e exames atualizados, relacionados à doença em questão.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) aposentado(a)

3.1-Documentos obrigatórios (Digitalizados):

Carteira de Identidade, CPF, Publicação da Aposentadoria em DOU e Comprovante de Residência (atualizado).