

**MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO**

Secretaria Executiva
Subsecretaria de Planejamento, Orçamento e Administração
Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas
Coordenação de Administração de Pessoal
Divisão de Concessão de Benefícios Previdenciários

REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA FONTE

Solicito isenção do pagamento do Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF), em conformidade com o disposto no inciso XIV do art. 1º da Lei nº 11.052/2004 e do inciso XXI do art. 6º da Lei nº 7.713/1988, quando for o caso. Meu vínculo junto ao MCTI é de:

APOSENTADO(A)

PENSIONISTA

DADOS DO(A) REQUERENTE:

NOME COMPLETO				CPF	
ENDEREÇO			CEP		
CIDADE	UF	BAIRRO	TELEFONE RESIDENCIAL		TELEFONE CELULAR
E-MAIL (LETRA DE FORMA)					

PROCURADOR(A)/CURADOR(A) (SE HOVER):

Em caso de apresentação de requerimento por procurador ou curador, informar:

NOME COMPLETO		CPF	
E-MAIL (LETRA DE FORMA)	TELEFONE RESIDENCIAL	TELEFONE CELULAR	

DOCUMENTOS EXIGIDOS:

OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS REQUERENTES: Este Requerimento, cópia dos exames médicos realizados, cópia do CPF, Carteira de Identidade (atualizada, conforme Decreto nº 10.977/2022) e **Laudo Pericial**, emitido por médico do SIASS ou da Rede Pública de Saúde (SUS, INSS, Hospital Universitário, Prefeitura Municipal, dentre outros) assinado e carimbado pelo médico. O **Laudo Pericial** deverá conter o nome da doença conforme especificada em lei, o Código Internacional de Doenças (CID), bem como a data em que a enfermidade foi comprovada por relatório, exames e/ou cirurgia, devendo ser especificada a data de início da doença. Neste caso a procedência e a idoneidade do documento deverão ser confirmadas pela Unidade de Gestão de Pessoas.

AO REPRESENTANTE LEGAL: Se Procurador: Procuração (emissão máxima de 6 meses). Se Curador: Termo de Curatela Permanente.

Enviar este requerimento e os documentos acima para o seguinte endereço:

Divisão de Concessão de Benefícios Previdenciários, Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), Esplanada dos Ministérios, Bloco E, Sala T-28, CEP 70.067-900, Brasília/DF ou para o E-mail: <dicob@mcti.gov.br>.

Em caso deste Formulário conter informações incompletas ou incorretas, esta Divisão poderá solicitar, A QUALQUER MOMENTO, o envio de um novo Formulário, contendo as devidas correções.

Tenho consciência que constitui crime, previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, prestar declaração falsa com fim de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante e que a penalidade aplicada no seu cumprimento varia de 1 (um) a 3 (três) anos de reclusão e multa.

A Isenção de Imposto de Renda é exclusiva aos proventos de aposentadoria, reforma ou pensão, não podendo ser isentos os servidores que estejam em atividade.

LOCAL E DATA _____, ____/____/____	ASSINATURA DO(A) REQUERENTE OU PROCURADOR(A)/CURADOR(A)
---------------------------------------	---