

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria Executiva

Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro

Coordenação de Administração / Serviço de Gestão de Pessoas

REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA**Situação do Requerente** Aposentado Proporcional Aposentado Integral Pensionista**Dados do Requerente**Nome: SIAPE: CPF: Endereço: Nº: Complemento: Bairro: Município: UF: CEP: Telefone: Email: **Se Pensionista**Nome do Instituidor: Matrícula do Instituidor: CPF do Instituidor: **Estou ciente que os laudos médicos deverão ser apresentados quando solicitado pela Perícia Médica.**

Autorizo a inclusão da CID da patologia prevista no artigo 1º da Lei 11.052/04, 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.

Rio de Janeiro, em _____ de _____ de _____ .

Assinatura do Requerente ou Representante Legal