

--

**DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO DAS DOENÇAS ISENTAS DE IR****DADOS DO DECLARANTE  
(PREENCHER COM LETRA DE FORMA)**

NOME

--

PATROCINADOR

MATRICULA

CPF

DATA DE NASCIMENTO

--	--	--	--

**TIPO DE BENEFÍCIO**

APOSENTADORIA

PENSÃO

AUXÍLIO-RECLUSÃO

Declaro, para todos os fins, na data em que estou solicitando a concessão do meu benefício pelo INSS, que tenho pleno conhecimento de que as Leis nº 7.713/88, 8.541/92, 8.687,93, 9.250/95 e 11.052/2004 asseguram a isenção do Imposto de Renda nos casos de portadores das doenças: tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondilartrose anquilosante, nefropatia grave, hepatopatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS), fibrose cística (mucoviscidose) e moléstia profissional (esta última só alcança os aposentados).

Declaro, ainda, que, para fazer uso do referido benefício, deverei requerê-lo junto ao órgão pagador dessa Entidade, apresentando laudo pericial emitido por serviço médico oficial da União dos Estados do DF ou dos Municípios, devendo ser fixado o prazo da validade do laudo pericial, no caso de doenças passíveis de controle, na forma prevista em Lei.

LOCAL

DATA

ASSINATURA