

SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA FONTE**DADOS DO REQUERENTE
(PREENCHER COM LETRA DE FORMA)**

NOME				
PATROCINADOR	MATRICULA	CPF	IDENTIDADE	SEXO
TEL RESIDENCIAL	TEL COMERCIAL	TEL CELULAR	SMS	DATA DE NASCIMENTO
ENDEREÇO COMPLETO				
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF	
E-MAIL PARTICULAR				

Solicito isenção do Imposto de Renda retido na fonte, com base no Laudo abaixo, firmado por serviço médico oficial, conforme determina o artigo 30 e seus parágrafos da Lei nº 9.250, de 26/12/1995.

LOCAL

DATA

ASSINATURA

LAUDO MÉDICO

OBS.: O não preenchimento dos próximos campos implicará na obrigatoriedade de anexar Laudo Médico Oficial contendo as mesmas informações solicitadas abaixo.

DIAGNÓSTICO DA DOENÇA - SE POSSÍVEL INDICAR DATA DE INÍCIO:

--

ESTÁGIO CLÍNICO ATUAL:

--

DOENÇA PASSÍVEL DE CONTROLE: PRAZO DE VALIDADE DO LAUDO: **PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** SIM NÃO CARÁTER DEFINITIVO CARÁTER TEMPORÁRIO - Até: ____/____/____ (dia/mês/ano)

NOME LEGÍVEL DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE (REGIDA POR ORGÃO OFICIAL DA UNIÃO, DOS ESTADOS, DO DISTRITO FEDERAL OU DOS MUNICÍPIOS) RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

--

Atesto perante a fonte pagadora Fundação de Assistência e Previdência Social do BNDES (FAPES), bem como perante a Receita Federal do Brasil, que o requerente acima identificado é **portador da moléstia grave** acima descrita, enquadrada na condição CID nº ____/____, encontrando-se, portanto, **isento da retenção do Imposto de Renda**, de acordo com o inciso XIV, do artigo 6º, da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pelo artigo 1º, da Lei nº 11.052, de 29 de dezembro de 2004 c/c o artigo 30 da lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995.

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO - CARIMBO FUNCIONAL COM Nº DO CRM E
MATRÍCULA NO SERVIÇO PÚBLICO