

**Instituto de Previdência Social do Município de Angra dos Reis - ANGRAPREV
Diretoria Recursos Humanos****REQUERIMENTO – ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA DE PROVENTOS**

Eu,
portador do RG: e CPF:

Pensionista Aposentado Reformado

Com base no inciso XIV no art. 6º da Lei Federal nº 7.713 de 22 de dezembro de 1988, venho requerer a Isenção de Imposto de Renda, bem como a devolução da retenção efetuada no presente exercício.

Angra dos Reis, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Requerente

ENDEREÇO DO REQUERENTE (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

RUA: **Nº:**
COMPLEMENTO: **BAIRRO:**
CEP: **CIDADE:** **UF:**
TELEFONE: **CELULAR:**

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- Cópia da Carteira de Identidade – RG
- Cópia do ultimo comprovante de pagamento;
- Atestado médico com CID da doença – (original);
- Exames complementares – (cópia autenticada ou apresentar original para autenticação de funcionário representante do ANGRAPREV;
- Laudo Pericial de Serviço Médico Oficial, se houver; - original(Lei 9250/95 – art.30§ 1; Decisão nº165 – Ministério da Fazenda- Secretaria da Receita Federal)

LEGISLAÇÃO (LEI 7713, de 22 de dezembro de 1988)

Art. 6º, inciso XIV – os proventos de aposentadoria ou reforma motivada por acidente em serviço e os percebidos pelos portadores de moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, hepatopatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida, com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma. (Redação dada pela Lei nº11.052,de 2004)

DECLARAÇÃO

Declaro estar ciente da legislação relativa à isenção de Imposto de Renda (Lei 7.713/88, 9.250/95 e 11.052/04), bem como das normas para a realização da Perícia Médica pela ANGRAPREV, às quais concordo em me submeter. Autorizo a manifestação explícita da doença no Laudo Pericial.

Angra dos Reis, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Requerente