

REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA

Nome: _____

Siape: _____ CPF: _____

Vínculo: () Aposentado (a) () Pensionista

Celular: _____ Outro(s): _____

E-mail: _____

Venho requerer a concessão de isenção do pagamento do Imposto de Renda, em conformidade com art. 1º da Lei 11.052/04 ou condição prevista no inciso XVII, do artigo 62, da IN/RFB nº 1500/14, alterada pela IN/RFB nº 1.756/17.

Observação: Os relatórios médicos deverão ser entregues somente no momento da Perícia Médica (Coordenadoria de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho – CSO/UFLA).

Lavras, ____ de _____ de _____.

Assinatura requerente

Recebido pela CAP em: ____/____/____