



## REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA - APOSENTADO

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR			
<b>Nome do(a) Servidor(a):</b>			
<b>Cargo:</b>		<b>Telefone 1:</b>	
<b>SIAPE:</b>		<b>Data da Aposentadoria:</b> ____ / ____ / ____ <b>Telefone 2:</b>	
<b>REQUERIMENTO</b>	Vem requerer da Pró-Reitora de Gestão de Pessoas desta Universidade, a Isenção de Imposto de Renda nos proventos de sua aposentadoria, conforme prevê o Art. 6º, inciso XIV, da Lei nº 7.713/88, com nova redação pelo Art. 47, da Lei nº 8.541/92, combinado com o Art. 39, inciso XXXIII, do Decreto nº 3.000/99. Para tal, anexa comprovantes médicos.  Santa Maria, RS ____ / ____ / ____		
	_____ Assinatura do requerente		
<b>PROGEP</b>	<b>NÃO PREENCHER ABAIXO - PARA PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA PROGEP, APÓS ABERTURA DO PROCESSO</b>  À Perícia Oficial em Saúde:  Para Avaliação e Parecer.  Santa Maria, RS ____ / ____ / ____		
	_____ Assinatura do responsável		
<b>PEOF/PROGEP</b>	O(a) servidor(a) foi submetido (a) a avaliação no dia ____ / ____ / ____ que, com base nos elementos médicos apresentados e conforme laudo médico pericial nº _____, constatou que:  ( ) O(a) servidor(a) <b>não</b> apresenta nenhuma das doenças especificadas no artigo 1º da Lei 11.052/04, em atividade no momento, ou condição prevista no inciso XVII do artigo 62 da IN/RFB 1.500/14, alterada pela IN/RFB nº 1.756/17.  ( ) O(a) servidor(a) é considerado (a) no momento portador(a) de doença especificada no artigo 1º da Lei 11.052/04, ou condição prevista no inciso XVII do artigo 62 da IN/RFB 1.500/14, alterada pela IN/RFB nº 1.756/17.		
	_____ Assinatura do Médico	_____ Assinatura do médico	_____ Assinatura do médico
	Santa Maria, RS ____ / ____ / ____		
<b>NPA/CCRE/PROGEP</b>	Tendo em vista o parecer da PEOF/PROGEP, concluímos que a moléstia:  ( ) Se enquadra nas situações previstas na legislação do imposto de renda. ( ) Não se enquadra  Santa Maria, RS ____ / ____ / ____		
	_____ Assinatura do responsável		