



REQUERIMENTO DE BENEFÍCIOS TRIBUTÁRIOS SOBRE PROVENTOS

Identificação do (a) requerente:

Nome completo:	
Data de nascimento:	CPF nº
Endereço:	
Bairro:	Cidade:
UF:	CEP:
e-mail	Fone: ()
☐ Aposentado	☐ Pensionista

Vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência requerer a realização médica pericial para fins de instrução de processo de concessão de:

☐	Isenção de imposto de renda (Lei Federal art. 6º, XIV, da Lei Federal nº 7.713/88) e Isenção da Contribuição Previdenciária (art. 47 da Lei Municipal 4.614/2005)
Nome do Médico responsável pela emissão do Laudo Médico: _____	

Autorização para revelação do diagnóstico médico

☐	Autorizo a revelação do diagnóstico médico para instrução do requerimento administrativo, nos termos da Resolução CFM nº 2.217, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 do Código de Ética Médica.
--------------------------	---

*** Todos os campos deste requerimento são de preenchimento obrigatório.**

Cidade/Estado: _____, data: _____

Assinatura por extenso do requerimento



Anexo

Documentos necessários para protocolo:

- Documento de Identidade;
- Último Holerite (IMPRO);
- Atestado ou laudo médico contendo o CID da doença;
- Exames Complementares (se houver);
- Biópsia em caso de Câncer.