



## REQUERIMENTO DE BENEFÍCIOS TRIBUTÁRIOS SOBRE PROVENTOS

### Identificação do (a) requerente:

|                          |                                   |                          |             |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-------------|
| Nome completo:           |                                   |                          |             |
| Data de nascimento:      | CPF nº                            |                          |             |
| Endereço:                |                                   |                          |             |
| Bairro:                  | Cidade:<br><b>RONDONOPOLIS/MT</b> |                          |             |
| e-mail:                  | Fone: ()                          |                          |             |
| <input type="checkbox"/> | Aposentado                        | <input type="checkbox"/> | Pensionista |

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

|                          |                                                                                    |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Isenção de imposto de renda (Lei Federal art. 6º, XIV, da Lei Federal nº 7.713/88) |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|

### Autorização para revelação do diagnóstico médico

|                          |                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 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 original atualizado contendo o CID da doença e a data inicial do diagnóstico;
- Exames Complementares (se houver);
- Biópsia em caso de Câncer.