|  |
| --- |
| **ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA** |

[ ]  Aposentado [ ]  Beneficiário de Pensão

**I - Identificação do Requerente:**

|  |
| --- |
| Nome do Aposentado/ Pensionista:  |
| Nome Social (Decreto nº 8727/16) |
| Data de Nascimento: \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ | C.I.: | CPF: |
| Endereço Residencial: |
| Telefone Residencial: (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone Celular: (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | E-mail:  |

**II – Preencher os dados abaixo, se servidor aposentado:**

|  |  |
| --- | --- |
| Matrícula SIAPE: | Cargo:  |
| Data da Aposentadoria: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | Campus: |

**III – Preencher os dados abaixo, se beneficiário de pensão:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Instituidor da Pensão: | Matrícula SIAPE: |
| Matrícula SIAPE (Beneficiário): | Data de Início - Pensão Civil: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | Campus: |

**IV – Procurador/Curador:**

|  |
| --- |
| Nome: |
| CPF: | Tel.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | E-mail: |

**V – Requerimento:**

 Solicito isenção do pagamento do Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF, em conformidade com o disposto no inciso XIV do art. 1º da Lei nº 11.052/2004 e do inciso XXI do art. 6º da Lei nº 7.713/1988, quando for o caso.

1. Declaro que possuo mais de um vínculo no IFSUDESTEMG.

 [ ]  Não

 [ ]  Sim. [ ]  Aposentado [ ]  Beneficiário de Pensão – Matrícula SIAPE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Documento(s) anexo(s):

[ ]  Atestado Médico original, constando a evolução e as datas dos diagnósticos da moléstia.

[ ]  Exames complementares referentes à moléstia.

[ ]  Procuração/Certidão de Curatela (se requerimento apresentado por procurador/curador)

[ ]  Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*OBS: A isenção de imposto de renda é exclusiva aos proventos de aposentadoria, reforma ou pensão, não podendo ser isentos os servidores que estejam em atividade.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) Requerente