REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA E DA CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA PARA PORTADORES DE MOLÉSTIA GRAVE

SENHOR CORONEL BM DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS,

O Nº _____._____, _____,
POSTO/GRAD NOME

vem, respeitosamente, nos termos do Inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988 e dos §§ 1º e 2º do art. 30 da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, requerer o reconhecimento da ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA FONTE, sobre os valores por mim recebidos a título de proventos.
Adicionalmente, com base na Lei nº 25.882 de 22 de maio de 2026, requeiro também a ISENÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA em razão de doença incapacitante.

Para tanto, apresento o LAUDO MÉDICO OFICIAL anexo, ciente que para o reconhecimento da isenção todos os campos deverão ser devidamente preenchidos e o laudo assinado por médico do serviço médico oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, e homologado ou emitido por médico do Hospital da Polícia Militar (HPM), do Núcleo de Atenção Integral à Saúde (NAIS) da Seção de Assistência à Saúde (SAS) do Consultório Médico (CM) ou da Superintendência Central de Perícia Médica e Saúde Ocupacional (SCPMSO) da Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (SEPLAG), em conformidade com a legislação em vigor, declarando estar ciente que a falsidade das informações prestadas é punível nos termos da lei.

Nestes termos,

Pede deferimento.

_____ ____ /____ /_____.
LOCAL DATA

_____
ASSINATURA

ENDEREÇO:

Rua: , nº: Complemento: Bairro: CEP: Estado: País:

TELEFONE: (___) _____

E-MAIL: _____