



**AVALIAÇÃO MÉDICA DE BENEFICIÁRIO DE PENSÃO PARA FINS DE
COMPROVAÇÃO DE SER PORTADOR (A) DE DOENÇA GRAVE PREVISTA EM LEI
ISENÇÃO PARA IMPOSTO DE RENDA**

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO DE PENSÃO		
Nome:		CPF:
Matrícula SIAPE:		
Endereço residencial: Rua		Nº:
Complemento (apto, casa, bloco):		Bairro:
CEP:	Cidade:	Estado:
Telefone:	Celular:	E- mail:
DADOS DO SERVIDOR		
Nome:		
Matrícula SIAPE:		
SE REQUERIDO POR REPRESENTANTE LEGAL		
Nome do representante legal:		
RG:	CPF:	
Ato legal apresentado:		
Endereço residencial: Rua		Nº:
Complemento (apto, casa, bloco):		Bairro:
CEP:	Cidade:	Estado:
Telefone:	Celular:	E- mail:
Requer parecer da Junta Médica quanto à comprovação de ser portador (a) de doença grave prevista em lei para fins de Isenção de Imposto de Renda, de acordo com o que dispõe a Lei nº 11.052/2004.		
Nestes termos, pede deferimento.		
Em: _____, ____/____/____		
_____ Assinatura do (a) requerente ou representante legal		
Atenção: a solicitação poderá ser feita, somente, pelo requerente ou representante legal.		

Preencher abaixo, **somente**, se o (a) requerente não estiver no endereço acima (quando se encontrar, por exemplo, em casa de repouso ou outro).

Local:		
Endereço: Rua		Nº:
Complemento (apto, casa, bloco):		Bairro:
CEP:	Cidade:	Estado:
Fone residencial:	Celular:	E-mail:

ATENCAO

1. Preencher e assinar o presente formulário.
2. Se requerido pelo representante legal, anexar cópia da procuração ou ato legal.
3. Abrir processo e encaminhar via SIE, ao **UAPS – Unidade de Avaliação e Perícia de Saúde**.