



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

Nome:		
Matrícula SIAPE:	CPF:	
Endereço residencial: Rua	Nº:	
Complemento (apto, casa, bloco):	Bairro:	
CEP:	Cidade:	Estado:
Telefone:	Celular:	E-mail:

SE REQUERIDO POR REPRESENTANTE LEGAL		
Nome:		
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 7713/88.
Nestes termos, pede deferimento.

Curitiba, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do (a) requerente ou representante legal

Preencher abaixo, **somente**, se o servidor/a servidora não estiver no endereço acima. Por exemplo, quando se encontrar em casa de repouso ou outro.

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

<p>ATENÇÃO</p> <p>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.</p>
