

## SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA

REF.: NB \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**segurado**

\_\_\_\_\_

**endereço**

CEP: \_\_\_\_\_ fone de contato: \_\_\_\_\_

Solicito Isenção de Imposto de Renda sobre o benefício supracitado, por ser portador de moléstia grave, CID-10 \_\_\_\_\_, conforme Artigo 6º, inciso XIV, da Lei 7713 de 22/12/1988.

Anexo : ( \_\_\_\_ ) Relatórios Médicos E/OU ( \_\_\_\_ ) Exames Médicos.

São Paulo, ..... / ..... / .....

\_\_\_\_\_

**assinatura do segurado ou do procurador**