

DADOS DO(A) PARTICIPANTE

Nome			Matrícula
Data de Nascimento	Estado Civil	CPF	Telefone ()
Endereço			
Cidade	UF	CEP	E-mail
Nº de Benefício INSS (NB)			

DADOS DO(A) REPRESENTANTE LEGAL

Preencher somente na existência de tutor(a), curador(a) ou procurador(a)

Nome do(a) Representante Legal				
R.G. (Identidade)	Data de Expedição	Órgão Expedidor	UF	CPF do Representante

Ao INSS,

Requer isenção do Imposto de Renda na fonte, considerando situação enquadrada na legislação que dispõe sobre normas de tributação de pessoas físicas (conforme Instrução Normativa RFB N.º 1500, de 29 de outubro de 2014 e Instrução Normativa RFB N.º 1756, de 31 de outubro de 2017).

O requerente anexa atestado médico, da rede oficial de saúde, para fins comprobatórios.

_____, _____ de _____ de 20 _____.
Local e Data

Assinatura do(a) Participante ou Representante Legal