

	Requerimento para Isenção de Imposto de Renda sobre Proventos e Contribuição Previdenciária	<i>Revisão</i> 07
		<i>Página</i> 01/02

Dados do Requerente – Aposentado; Pensionista; Reformado

Nome:			
CPF:		RG:	
Endereço:			
Nº:	Complemento:	CEP:	
Bairro:	Cidade:	UF:	
Telefone: ()	Celular: ()	WhatsApp: ()	
E-mail (OBRIGATÓRIO):			

Embasamento Legal:

ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA SOBRE PROVENTOS – não aplicável para servidores ativos e militares da reserva remunerada – incisos XIV e XXI, artigo 6º, Lei Federal nº 7.713/1988 e Resolução nº 249/2022 – CD/PARANAPREVIDÊNCIA.

ISENÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA – não aplicável para servidores ativos e militares da reserva remunerada - § 8º do artigo 15, da Lei Estadual nº 17.435/2012, com as alterações da Lei Estadual nº 18.370/2014, e Resolução nº 249/2022 – CD/PARANAPREVIDÊNCIA.

Laudo Médico Pericial:

Caso NÃO seja apresentado Laudo de Serviço Médico Oficial ou o mesmo NÃO apresente os requisitos mínimos, REQUEIRO EXAME MÉDICO PERICIAL PRESENCIAL, conforme atestado médico que anexo (no atestado deve constar exatamente como no campo assinalado):

<input type="checkbox"/> Alienação Mental	<input type="checkbox"/> Esclerose Múltipla	<input type="checkbox"/> Moléstia Profissional
<input type="checkbox"/> Hepatopatia Grave	<input type="checkbox"/> Doença de Parkinson	<input type="checkbox"/> Cegueira
<input type="checkbox"/> Cardiopatia Grave	<input type="checkbox"/> Hanseníase	<input type="checkbox"/> Neoplasia Maligna
<input type="checkbox"/> Tuberculose Ativa	<input type="checkbox"/> Contaminação por Radiação	<input type="checkbox"/> Nefropatia Grave
<input type="checkbox"/> Síndrome da Imunodef. Adquirida	<input type="checkbox"/> Fibrose Cística (Mucoviscidose) (NÃO contempla Isenção de C.P.)	<input type="checkbox"/> Paralisia Irreversível e Incapacitante
<input type="checkbox"/> Espondiloartrose Anquilosante / (Espondilite Anquilosante)	<input type="checkbox"/> Estados Avançados da Doença de Paget (osteíte deformante)	<input type="checkbox"/> Aposentadoria / Reforma em consequência a Acidente do Trabalho (NÃO contempla Isenção de C.P.)

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Requerente

Documentação obrigatória:

1. Carteira de Identidade;
2. Cópia do último holerite;
3. Laudo Pericial de Serviço Médico Oficial PARA QUEM O POSSUA ou Atestado médico declaratório nos quais devem constar:
 - A. especificação literal da doença conforme consta nas leis acima referidas;
 - B. CID-10;
 - C. data do início da doença ou condição prevista em LEI;
 - D. documentos médicos fundamentadores da data de início da doença ou condição (exemplo: exames complementares, cópia de prontuário, resultado de anatomopatológico para os casos de neoplasia maligna, etc).
4. A falta de Requerimento próprio ou qualquer um dos documentos listados acima implicará na rejeição do pedido e arquivamento do protocolo.
5. Serão utilizados para análise do pedido os documentos anexados exclusivamente a este protocolo de Isenção de IR e CP.

Declaração de Ciência:

Declaro estar ciente das legislações vigentes, bem como das normas para a realização da perícia médica pela PARANAPREVIDÊNCIA, as quais concordo em me submeter. Autorizo a **manifestação explícita da doença** no laudo médico pericial.

Declaro estar ciente que o agendamento da perícia médica, informações e solicitações sobre este processo, bem como o laudo médico **poderão ser encaminhados para o e-mail** acima informado.

Declaro estar ciente que na **ausência da documentação obrigatória** ou não preenchimento deste requerimento o pedido poderá ser arquivado.

Declaro estar ciente que após duas tentativas **sem êxito** no agendamento de perícia médica este pedido poderá ser **arquivado** até manifestação.

Estou ciente de que a PARANAPREVIDÊNCIA irá efetuar o tratamento e compartilhamento dos meus dados pessoais para fins de atendimento ao disposto na legislação previdenciária vigente, LEI 13.709/18 – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS e de acordo com o previsto na política de privacidade de dados pessoais, publicada no portal da instituição.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Requerente